

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ENFERMEIROS COM DOENÇA CRÔNICA: AS RELAÇÕES COM O  
ADOCIMENTO, A PREVENÇÃO E O PROCESSO DE TRABALHO**

**CURITIBA  
2007**

**ROSÁRIA DE CAMPOS TEIXEIRA**

**ENFERMEIROS COM DOENÇA CRÔNICA: AS RELAÇÕES COM O  
ADOCIMENTO, A PREVENÇÃO E O PROCESSO DE TRABALHO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Prática Profissional de Enfermagem.

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dra. Maria de Fátima Mantovani

**Curitiba  
2007**

## FICHA CATALOGRÁFICA

Teixeira, Rosária de Campos

Enfermeiros com doença crônica: as relações com o adoecimento, a prevenção de agravos e o processo de trabalho. Curitiba, 2007.

104 f.:il.

Orientadora: Maria de Fátima Mantovani

Dissertação (Mestrado em Enfermagem – Prática Profissional de Enfermagem) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná.

1. Processo de trabalho. 2. Doença crônica. 3. Enfermagem. 4. Estresse. I. Mantovani. II. UFPR/SCS. III. Título

### **DEDICATÓRIA**

*Ao meu filho Matheus, por ter compartilhado angústias, preocupações e dúvidas. Por ser meu incentivo a percorrer este caminho de estudos e não desistir. Por, incondicionalmente, ter permanecido ao meu lado até o fim.*

## AGRADECIMENTOS

A DEUS, soberano e sustentador, por ter-me dado o presente de desfrutar deste momento de estudo, de conhecer pessoas e fazer amigos, por permitir viver os momentos de aprendizado com saúde, serenidade, persistência e fé.

A MINHA FAMÍLIA, meus pais e irmãos, que mesmo distantes se fizeram presentes em telefonemas, com palavras carinhosas de incentivo. Por muitas vezes, terem pronunciado seu orgulho e amor...

AOS MEUS AMIGOS queridos de muitos anos, recentes e de todas as horas: Silvia, Débora, Maysa, Isabel, Maria José, Berenice, Luciana, Clélia, Cíntia, Maria Eduarda, Anice, Angelita, Ângela, Karin, Karina, Joelma (in memorian), Joana, Ana Carla, Dayane, Maria Emília, Sandra, Simone, obrigada pelos abraços sinceros, telefonemas e e-mails que me ofereciam apoio e vontade de continuar....

AS AMIZADES que tive a honra e sorte de desfrutar durante este período. Agradeço a aprendizagem que me proporcionam, guardarei em minha memória e coração, as conversas e brincadeiras na sala de aula e nos corredores, os trabalhos e aprendizados compartilhados e tudo mais....

A MINHA QUERIDA ORIENTADORA, para a qual ofereço especiais agradecimentos por seus ensinamentos, competência, paciência, simplicidade e muito, muito mais... Por ter me apoiado incondicionalmente, sempre. Sentirei saudades!

OS ENFERMEIROS participantes desse estudo.

AS PROFESSORAS DOUTORAS, Ivete Palmira Sanson Zagonel, Maria Ribeiro Lacerda, Lilianna Maria Labronici, Marineli Joaquim Meier, Leila Maria M. Sarquis e Maria Helena Lenardt, que realizaram seu trabalho com competência e profissionalismo. Obrigada pelos ensinamentos proporcionados em nossos encontros que me fez perceber a importância de refletir minha profissão e ter desejo de crescer como ser humano e como profissional.

AO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DA UFPR, na figura da Professora Dr<sup>a</sup> Maria de Fátima Mantovani, que competentemente, alicerçou esse momento de desenvolvimento profissional.

AO DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM DA UFPR, a todos os professores e funcionários, que me receberam de braços abertos.

AO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UFPR e seus funcionários pelas portas abertas à pesquisa.

Finalmente, A TODOS que, de certa forma, contribuíram à efetivação desta pesquisa.

## RESUMO

TEIXEIRA, R. C. **Enfermeiros com doença crônica**: as relações com o adoecimento, a prevenção e o processo de trabalho. 104p. 2007. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] – Universidade Federal do Paraná, Curitiba.

Orientadora: Profa. Dra. Maria de Fátima Mantovani

Os enfermeiros atuam na interface do processo de adoecimento da população e das doenças relacionadas ao trabalho, em que se evidenciam as doenças crônicas, as quais interferem no processo laborativo. Neste enfoque, os agravos à saúde do trabalhador enfermeiro são reais e merecem destaque no trabalho hospitalar e no conjunto da saúde. O estudo teve como objetivos, identificar nos enfermeiros as medidas de prevenção de agravos à saúde na presença de doença crônica, analisar a relação entre o conhecimento e suas atitudes frente a elas e verificar a relação dos fatores de risco com o seu processo de trabalho. Trata-se de uma pesquisa quantitativa, descritiva, realizada com 23 enfermeiros portadores de doenças crônicas. A coleta de dados foi realizada mediante aplicação de questionário no período de maio a setembro de 2007. A amostra foi composta por 76,7% dos 30 enfermeiros com diagnóstico de enfermidade crônica de uma Instituição Hospitalar Federal, sendo 22 do sexo feminino. O estudo evidenciou que a média da idade é de 47,3 anos, com 22,7 anos de atuação profissional. As enfermeiras casadas são maioria (60,87%). A religião católica é escolhida por 69,57% dos enfermeiros e 86,96% possui plano de saúde particular. O número de vínculos revelou que a maioria dos pesquisados (69,57%) possui um vínculo empregatício e 7 (30,43%) dois. A carga horária semanal de trabalho foi em média de 37,5 horas. Dos enfermeiros, 75% possuem de 10 a 25 anos de trabalho na instituição atual com o aparecimento das doenças neste período. O estresse (25,60%) foi o fator de risco apontado com maior frequência, seguido pela Hipertensão arterial (21,10%), antecedentes familiares de doenças crônicas (18,90%) e obesidade (14,40%). A maioria deles (82,60%) conhece a doença e suas complicações. Em relação aos vínculos empregatícios observou-se que estes influenciam o número de atividades de lazer (44,44%), seguido por atividade física (30,87%) e viagens (24,69%). Percebeu-se que estas atividades são realizadas em maior número com até 5 anos de tratamento. Citaram como atividades de prevenção a adesão ao tratamento não medicamentoso (57,70%) seguidas pela realização de adesão ao tratamento medicamentoso (28,85%). Nas formas de cuidado com a saúde, investem principalmente na família e atividades sociais (25,00%), atividades religiosas (20,22%), lazer (17,50%) e adequação ao trabalho (15,00%). As modificações propostas pelos enfermeiros estudados para o ambiente de trabalho têm relação com o espaço físico e a adequação do profissional ao local (40,63%), eles consideram também as atividades educativas (15,62%) como um caminho para a diminuição do impacto do ambiente no adoecimento. Verificou-se que os enfermeiros aderem ao tratamento proposto para sua doença, possuem estratégias efetivas para enfrentar o adoecimento com mudança no estilo de vida, e relatam fatores de seu ambiente de trabalho que contribuem para o seu agravamento.

**Palavras-chave:** Doença crônica; Enfermagem; Processo de trabalho; Estresse

## ABSTRACT

TEIXEIRA, R. C. **Nurses with chronic illness:** The intercourse with the illness, the prevention and the work process. 104p.2007. Dissertate [Master's degree in Nursing]. Federal University of Paraná, Curitiba.

Doctor of Nursing: Maria de Fátima Mantovani

Nurses act in the interface of the process of sickening of the population and the diseases related to work, where the emphasis is on the chronic diseases, which intervene with the working process. In this approach, the worsening of the working nurse health is real and deserves mention in the hospital work and the whole of health. The study focus was to identify, along with the nurses, the prophylactic measures taken in the presence of chronic diseases, to analyze the relation between the knowledge and their attitudes to face them and to verify the relation between the risk factors and the process of work. It is a quantitative, descriptive research, carried with 23 nurses with chronic diseases. The data compilation was made by applying questionnaires from May to September / 2007. The sample was composed by 76,7% of the 30 nurses with diagnosis of chronic disease of a Federal Hospital Institution, being 22 female. The study showed that the average age is 47,3 years, with 22,7 years of professional performance. Married nurses are majority (60.87%). Catholic religion is chosen by 69,57% of the nurses and 86.96% have private health insurance plans. The number of jobs revealed that the majority of the analyzed nurses (69.57%) possess an employment contract and 7 (30.43%) possess two. Weekly working hours was on average, 37,5 hours. Of the nurses, 75% has from 10 to 25 years of work in the current institution with the illnesses appearing in this period. Stress (25.60%) was the risk factor found more frequently, followed by the high arterial blood pressure (21.10%), familiar antecedents of chronic diseases (18.90%) and obesity (14.40%). The majority of them (82.60%) knew the disease and its complications. In relation to the number of jobs it was observed that these influenced the number of leisure activities (44.44%), followed by physical activity (30.87%) and trips (24.69%), they are engaged more at the beginning in 5 years of the treatment. They mentioned, as activities of prevention, the adherence to a treatment without drugs (57.70%) followed by the adhesion to the prescribed drug treatment (28.85%). As to the form of health care, they mainly invest in the family and social activities (25.00%), religious activities (20.22%), leisure (17.50%) and adequacy to the work (15.00%). The proposed changes by the studied nurses for the work environment were related to the physical space and the adequacy of the professional to the place (40.63%), they also considered educational activities (15.62%) as a way to reduce the impact of the environment in the unhealthiness process. It was verified that the nurses who adhered to the treatment proposed for their disease, possessed effective strategies to face it changing their life style, and describe factors of their work environment that contribute to the worsening of their condition.

**Key words:** Chronic illness; Nursing; Working process; Stress

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Relação entre sexo e idade dos enfermeiros	51
<b>Tabela 2</b> - Relação entre idade e carga horária semanal dos enfermeiros	54
<b>Tabela 3</b> - Estado civil dos enfermeiros	55
<b>Tabela 4</b> - Tempo de trabalho na instituição atual e tempo de atuação em enfermagem	57
<b>Tabela 5</b> - Fatores do ambiente de trabalho que contribuem para o adoecimento relatados pelos enfermeiros	62
<b>Tabela 6</b> - Lotação dos enfermeiros pesquisados	64
<b>Tabela 7</b> - Relação entre o tipo de atividade dos enfermeiros e doenças	65
<b>Tabela 8</b> - Relação entre turno de trabalho e tempo de diagnóstico	69
<b>Tabela 9</b> - Número de vínculos dos enfermeiros e doença	70
<b>Tabela 10</b> - Conhecimento dos enfermeiros sobre a sua doença e complicações	72
<b>Tabela 11</b> - Quantidade de vínculos empregatícios e número de atividades de lazer dos enfermeiros	73
<b>Tabela 12</b> - Tipos de atividades de lazer relatada pelos enfermeiros	73
<b>Tabela 13</b> - Tempo de diagnóstico das doenças e quantidade de atividades de Lazer dos enfermeiros	75
<b>Tabela 14</b> - Atitudes de prevenção das complicações relatadas pelos enfermeiros	76
<b>Tabela 15</b> - Formas de cuidados com a saúde relatada pelos enfermeiros	78
<b>Tabela 16</b> - Mudanças ocorridas no cotidiano dos enfermeiros após a doença	80
<b>Tabela 17</b> - O que os enfermeiros entendem que deveria ser modificado no seu ambiente de trabalho	81
<b>Tabela 18</b> - Sugestões apresentadas pelos enfermeiros para melhoria do ambiente de trabalho e equilíbrio da saúde	82



## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> - Distribuição dos enfermeiros segundo tempo de atuação em enfermagem e carga horária semanal	53
<b>Quadro 2</b> - Enfermeiros e planos de saúde	58
<b>Quadro 3</b> – Correlação entre as variáveis da pesquisa	71

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b> - Hipertensão Arterial referida, INCA/MS	23
<b>Gráfico 2</b> - Prevalência da Hipertensão, segundo idade, INCA/MS	23
<b>Gráfico 3</b> - Prevalência da Hipertensão Arterial, segundo sexo, INCA/MS	23
<b>Gráfico 4</b> - Gráfico comparativo do Diabetes no mundo	27
<b>Gráfico 5</b> - Diabetes segundo idade, INCA/MS	28
<b>Gráfico 6</b> - Percentual dos enfermeiros por religião	56
<b>Gráfico 7</b> - Porcentagem de resposta dos enfermeiros por fator de risco para doenças crônicas	59
<b>Gráfico 8</b> - Porcentagem de enfermeiros por tempo de trabalho na instituição e tempo de diagnóstico	66
<b>Gráfico 9</b> - Distribuição percentual de enfermeiros por turno de trabalho e doenças	67

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>18</b>
2.1 Doenças crônicas - Hipertensão arterial, Diabetes Mellitus, Dislipidemias.....	18
2.2 A prevenção de agravos à saúde.....	30
2.3 Processo de trabalho em Enfermagem.....	33
<b>3 ABORDAGEM METODOLÓGICA.....</b>	<b>45</b>
3.1 Tipo de Pesquisa.....	45
3.2 Campo de investigação.....	46
3.3 Sujeitos da pesquisa.....	46
3.4 Aspectos éticos .....	47
3.5 Coleta de dados.....	48
3.6 Análise e apresentação dos dados.....	50
<b>4 DISCUSSÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....</b>	<b>51</b>
4.1 Caracterização dos Sujeitos do Estudo.....	51
4.2 Relação dos fatores de risco das doenças crônicas com o processo de trabalho da Enfermagem. ....	58
4.3 Medidas de prevenção de agravos à saúde adotada pelos enfermeiros.....	72
<b>5 CONCLUSÕES.....</b>	<b>84</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>87</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>97</b>
<b>APÊNDICE A – Termo de compromisso Livre e Esclarecido para participação na Pesquisa.....</b>	<b>98</b>
<b>APÊNDICE B – Instrumento de coleta de dados – Questionário.....</b>	<b>99</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>103</b>
<b>ANEXO A –Termo de Aprovação do Comitê de Ética.....</b>	<b>104</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Os enfermeiros compartilham os perfis de adoecimento e morte da população em geral, em função de sua idade, gênero, grupo social ou inserção em um grupo específico de risco. Além disso, podem adoecer ou morrer por causas relacionadas ao trabalho, como consequência da profissão que exercem ou exerceram, ou pelas condições adversas em que seu trabalho é ou foi realizado (BRASIL, 2001).

A doença se refere à perspectiva da pessoa, de sua família ou da rede social, que inclui como percebem, convivem e respondem aos sintomas e incapacidades. É a experiência vivida e o significado que o indivíduo confere a esta que inclui seu julgamento sobre como enfrentar a situação de doença e os problemas trazidos por ela ao seu dia-a-dia. É também vista como uma construção sócio-cultural e subjetiva que possui uma organização interna dos saberes individuais e resulta num modo próprio do indivíduo explicar e buscar a resolução de seus problemas de saúde como determinados comportamentos de prevenção (KLEINMAN, 1988).

Saúde e doença são consideradas como processos dinâmicos que estão estreitamente articuladas com o desenvolvimento produtivo em determinado momento histórico e podem ou não estar associados ao ambiente de trabalho. Dentre as várias situações que causam adoecimento existem as doenças crônico-degenerativas, que podem ser relacionadas às condições de vida, de trabalho e consumo da população, gerando desgaste e deterioração orgânico-funcional, e em especial a sobrecarga dos sistemas nervoso, endócrino e cardiovascular (MARTINS; FRANCA; KIMURA, 1996). Estas doenças se caracterizam por ter curso longo, podem ser em certos casos incuráveis, deixar seqüelas e impor limitações à vida do indivíduo, motivo pelo qual requer adaptação e necessitam, portanto, de cuidados de saúde.

A enfermagem tem algumas características peculiares, tais como: é prestadora de assistência ininterrupta 24 horas por dia, com atividades diretamente relacionadas ao cuidado e a recuperação das condições satisfatórias de bem-estar, é responsável pela execução de cerca de 60% das ações de saúde. São os trabalhadores da saúde que mais entram em contato com os doentes, e soma-se a isto a predominância do gênero feminino e a formação profissional fragmentada e hierarquizada (SANTOS, 2001).

Os enfermeiros são responsáveis pela assistência à saúde de doentes com enfermidades diversas. Sua atividade primordial é o cuidado ao ser humano e sua família, e faz parte dele lidar com a dor, a doença e a morte. É um trabalho complexo e desgastante, contudo pouco se tem investido em pesquisas que especifiquem os seus papéis tanto como usuários, como prestadores de serviços e análise de seus agravos. As investigações sobre “este complexo ambiente de trabalho e seus trabalhadores” datam da década de 80, do século XX, segundo PITTA (1994: p. 92-97), mas o conhecimento de que o trabalho adoece é milenar e reconhecido desde que a relação causa e efeito sejam agentes químicos, físicos e biológicos, menos aceito é que o trabalho em si ou o processo de trabalho sejam o fator causal das doenças.

A lista das doenças profissionais no Brasil, segundo Leite et al. (2007) é constituída por uma relação de agentes patogênicos ou de risco a que estão expostos os trabalhadores em determinadas atividades o que torna mais fácil a comprovação do nexo causal. Porém, há algumas, em que este não está bem definido, mas acometem vários trabalhadores, como a Hipertensão Arterial e as Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT), tornando a situação mais complexa.

O enfermeiro se propõe a fazer um enfrentamento diário com a doença e com a morte, apesar das dificuldades inerentes a sua profissão e almeja ter prazer no trabalho, estabelecer uma relação essencial e indissociável entre sua vida privada e seu trabalho e ter esperanças, desesperanças, expectativas como todos os seres humanos (BECK et al., 2005). Portanto, há a necessidade de qualidade de vida, de bem-estar e felicidade no trabalho visando à prevenção de agravos a sua saúde como o advento das doenças crônicas.

De acordo com Pitta (1994, p.62):

Esse contato constante com pessoas fisicamente doentes ou lesadas, adoecidas gravemente, com frequência, impõe um fluxo contínuo de atividades que envolvem a execução de tarefas agradáveis ou não, repulsivas ou aterrorizadoras, muitas vezes que requerem para seu exercício, ou adequação prévia à escolha de ocupação, ou um exercício cotidiano de ajustes e adequações de estratégias defensivas para o desempenho das tarefas.

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) representam um dos principais desafios de saúde para o desenvolvimento global nas próximas décadas, são responsáveis por 60% de todo o ônus decorrente de doenças no mundo e seu crescimento é tão vertiginoso que, no ano 2020, 80% da carga de doenças dos países em desenvolvimento devem derivar de problemas crônicos (OMS, 2003). Elas são causas importantes de morbidade, mortalidade e acometimento por seqüelas no Brasil, e de acordo com a publicação "Saúde Brasil 2006" (BRASIL, 2006), entre os anos de 2002 e 2004 ocorreu 1.858.370 óbitos por doenças não transmissíveis, representando 61,8% do total de mortes registradas no período - 3.008.070, das quais as doenças cardiovasculares responderam por 27,5% - 826.947 óbitos.

Cada vez mais as DCNT exercem pressão sobre o sistema de saúde brasileiro, e considerando estimativas de custos de consultas, internações e cirurgias, os gastos chegam a R\$ 10,9 bilhões por ano. Além disso, têm um forte impacto na qualidade de vida dos indivíduos afetados, uma vez que causam morte prematura (BRASIL, 2007). Esta alteração de perfil epidemiológico das doenças não representa simples substituição das doenças transmissíveis pelas não transmissíveis nas referidas estatísticas, mas está calcada num complexo processo que envolve inúmeros fatores biológicos e sócio-econômicos relacionados com a urbanização e a industrialização atuais.

Segundo Lessa (2004, p.931-943):

A expressão clínica das DCNT faz-se após longo tempo de exposição aos fatores de risco e da convivência assintomática do indivíduo com a doença não diagnosticada, mesmo quando os fatores de risco são perceptíveis (tabagismo, obesidade generalizada, obesidade central com ou sem obesidade generalizada, alcoolismo, sedentarismo, etc.). Conseqüentemente, os diagnósticos são em fases tardias, com a doença já complicada ou num desfecho que pode ser o primeiro e fatal, como ocorre muitas vezes com a doença coronariana aguda e com o acidente vascular encefálico. As DCNT correspondem à maior proporção das mortes nos países industrializados e nos emergentes. Para esses últimos as projeções são pessimistas: concentrarão o maior número de mortes por DCNT e a maior população mundial com essas doenças em torno do ano 2050.

Os fatores de risco modificáveis para as condições crônicas, tais como cardiopatias, doença cérebro-vascular, diabetes e câncer são bastante conhecidos.

Em verdade, o estilo de vida e o comportamento são elementos determinantes para essas patologias. A relação trabalho-saúde também possui fatores potencialmente modificáveis, visando à melhoria e à prevenção do acometimento dessas doenças crônicas. São nestes fatores como um todo que devemos planejar e agir para prevenir os agravos.

As doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT), objeto de estudo desta pesquisa são a Hipertensão arterial, o Diabetes Mellitus e as Dislipidemias. Para estas, existem vários fatores de risco inter-relacionados, cuja prevenção reduziria o aparecimento de novos doentes, atenuaria o surgimento de lesões irreversíveis ou complicações que levariam a graus variáveis de incapacidades, até invalidez permanente. A prevenção de agravos no enfermeiro surge como uma medida de extrema importância.

No Brasil, o Ministério da Saúde tem desenvolvido ações e elaborado políticas voltadas para assistência, prevenção e vigilância das DCNT, destacando-se a pactuação pela Comissão Intergestores Tripartite, da Política Nacional de Promoção da Saúde em março de 2006. Essa política define prioridades de atuação nas áreas de alimentação saudável, atividade física e práticas corporais, prevenção de acidentes e violências, promoção da cultura da paz, prevenção de álcool e drogas. Além de ambientes sustentáveis, destaca-se, também, o Pacto pela Vida que insere o reconhecimento do Ministério em atuar na promoção da saúde, seus determinantes e os principais fatores de risco que atuam nestas doenças (BRASIL, 2007).

Para Silva et al. (2005, p. 50) “viver com uma condição crônica de saúde pode representar contínua ameaça tanto para a própria pessoa, quanto para os que estão próximos a ela, pois essa condição afeta sua vida como um todo, alterando dramaticamente seu cotidiano”. Segundo Martins et al. (1994) a doença crônica interfere de diferentes formas no estilo de vida das pessoas, pode interromper ou dificultar a sua inserção no meio de produção da sociedade e diminuir o acesso aos bens de consumo, o que se aplica aos enfermeiros.

Como enfermeira, atuei em Unidade de Terapia Intensiva, Unidade de Transplante Renal, Unidade de Saúde, e dois anos como professora de cursos técnicos de Enfermagem. Nos últimos vinte anos atuo como Enfermeira do Trabalho e durante este percurso me defrontei com o estresse, com a cobrança de tarefas não

inerentes à profissão, com colegas e pacientes em situações conflituosas e de difícil resolução. Percebi que a busca de maior conhecimento sobre as relações de trabalho, saúde e adoecimento, possibilitaria a compreensão deste processo vivenciado pelos trabalhadores de enfermagem. Escolhi um Hospital Público e Universitário, local no qual também já trabalhei, evidenciando as particularidades da relação trabalho-saúde, pela exposição às cargas biológicas, físicas, químicas, mecânicas, fisiológicas e psíquicas. Esta escolha tinha o objetivo de verificar se os processos de desgaste destes trabalhadores e conseqüentemente o adoecimento crônico eram gerados pela intensidade, heterogeneidade e simultaneidade de exposição a todos estes fatores relacionados ao processo de trabalho da enfermagem.

Conhecendo todos estes fatos e no decorrer da minha trajetória profissional como enfermeira do trabalho, por várias vezes desenvolvi e participei de Programas de Prevenção de Doenças Crônicas com exames médicos periódicos dos servidores de toda a comunidade universitária. Durante a realização de um deles, me deparei com alterações em 60% nos exames capilares de sangue dos trabalhadores advindos do Hospital Universitário, que incluía profissionais das equipes, médica e de enfermagem, os quais apresentavam risco significativo para o desenvolvimento de doenças crônicas.

As condições de trabalho afetam a saúde dos trabalhadores em geral, ao longo do tempo, e a atividade na área da saúde não está imune a estes fatores. Uma das áreas de atuação do trabalhador em saúde, a hospitalar, sofre influências do ambiente de trabalho, entretanto, segundo a Organização Internacional do Trabalho (OIT) e a Organização Mundial de Saúde (2000, p. 2) “há falta de dados concretos sobre os perigos reais para os trabalhadores de saúde neste setor”.

Em relação ao trabalho da Enfermagem e dentro deste contexto, as autoras Fonseca e Soares (2006) mencionam que dele fazem parte cotidianamente: atenção constante aos pacientes sedados, inconscientes, anestesiados e que necessitam de vigilância diuturnamente; supervisão estrita como chefia com controle; falta de autonomia e criatividade; não participação na tomada de decisões; o ritmo acelerado; os trabalhos parcelados, monótonos e repetitivos; a comunicação dificultada; o trabalho feminino com dupla ou tripla jornada; as agressões psíquicas e verbais de pacientes; a desconsideração pelas atividades técnicas e de chefias;



fadiga; tensão; estresse; insatisfação; dentre outras tarefas que acarretam desgastes físicos e emocionais.

O trabalho exerce forte influência sobre a saúde, as condições de trabalho refletem valores e regras sociais e as doenças dos trabalhadores relacionam-se com diversas variáveis pessoais e institucionais. Muitas das alterações de saúde pelas quais as pessoas passam estão associadas à forma como reagem e respondem aos eventos do trabalho, e o mesmo ocorre com os enfermeiros.

Todo trabalho, independente de sua origem e classificação, exerce efeitos nos trabalhadores que o realizam, e estão citados na literatura em duas versões como efeitos positivos e efeitos negativos:

Efeitos positivos: em geral, quando satisfaz as necessidades fundamentais de subsistência (função econômica), de criação (função psicológica), e de colaboração (função social), o trabalho faz bem à saúde, constituindo-se num gerador de bem-estar. São positivos, sem dúvida, o crescimento da competência e o sentimento de utilidade social. A maioria dos estudos refere à grande motivação do pessoal de enfermagem pelo seu trabalho. Efeitos negativos: em decorrência da carga de trabalho físico, mental e psíquico gerada pela excessiva atividade laboral. Alguns efeitos são reversíveis, como a fadiga. Já não se pode dizer o mesmo sobre desgaste excessivo, envelhecimento precoce, doenças profissionais e morte prematura (BULHÕES, 1994, p.61).

De maneira positiva, o trabalho constitui-se num gerador de bem-estar, crescimento da competência e o sentimento de utilidade social; e de maneira negativa afeta a saúde como consequência da carga de trabalho físico, mental e psíquico gerada pela excessiva atividade laboral. As mudanças não esperadas do estilo de vida, juntamente com a relação trabalho-saúde, devem ser tratadas com seriedade no que diz respeito à doença crônica, e mais importante que isto, deve ser a preocupação dos enfermeiros com o seu bem-estar.

É conveniente também, na abordagem destes trabalhadores um tratamento diferenciado que considere suas características próprias, visto que estes se dedicam permanentemente aos cuidados diretos de pacientes acometidos das mais variadas doenças, muitas das quais, infecto-contagiosas. A constante exposição acaba por atingir seu condicionamento psicológico com elevado nível de estresse causado pela angústia e sofrimento de seu semelhante doente. Este quadro é agravado pela extensa jornada de trabalho, pois muitos enfermeiros possuem duplo ou triplo

vínculo empregatício. Assim, a relação saúde-trabalho e as maneiras de cuidar de sua saúde são muito importantes para a prevenção de agravos e do adoecimento crônico.

Dessa forma, o pressuposto desta pesquisa é que o trabalho da enfermagem concorre para o adoecimento crônico, e o seu trabalhador precisa perceber-se como alguém que enfrenta este processo com limitações físicas, mudança nas relações familiares, adesão ao tratamento e com realização da prevenção de agravos.

O trabalho na enfermagem requer boa saúde, e apesar de exercer atividades estafantes com reflexos no seu bem-estar e no desenvolvimento de doenças crônicas, é necessário utilizar as potencialidades e redes de apoio disponíveis nas instituições onde estes desempenham suas funções cotidianamente. E também observar, conhecer e intervir sobre os fatores determinantes que favorecem o seu surgimento, de forma a contribuir assim para a sua melhoria e buscar novas possibilidades para esta relação.

A pouca oferta de literatura sobre enfermeiros com doenças crônicas, produzida no Brasil nas décadas de 80 e 90 e atual, foi fator decisivo na escolha do tema e também no interesse em pesquisar se o conhecimento que possuem interfere em suas atitudes frente a elas, se adotam medidas de prevenção de agravos, e se seu adoecimento crônico tem relação com o seu processo de trabalho.

Com base neste raciocínio e como objeto de investigação elaborei a questão que norteia esta pesquisa: **Quais as medidas de prevenção de agravos à saúde adotadas pelo enfermeiro na presença da doença crônica e qual a relação dos fatores de risco desta com o trabalho da enfermagem?**

Os **objetivos desta pesquisa foram:** identificar nos enfermeiros as medidas de prevenção de agravos à saúde na presença da doença crônica, analisar a relação entre conhecimento dos enfermeiros sobre doenças crônicas e as atitudes frente a elas e verificar a relação dos fatores de risco das doenças crônicas com o trabalho de enfermagem.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

Este capítulo trata de uma revisão de literatura que buscou aspectos para referendar a pesquisa e promover a compreensão do tema, auxiliando na análise dos resultados. Aborda elementos considerados fundamentais para melhor compreensão sobre as doenças crônicas, como a Hipertensão Arterial, o Diabetes Mellitus e as Dislipidemias, a prevenção de agravos e o processo de trabalho em enfermagem.

### 2.1 AS DOENÇAS CRÔNICAS

É na fase adulta que o ser humano demonstra sua maior capacidade de trabalho, firma sua relação com a sociedade e com sua cidadania, e é desafiado a viver mais tempo e com funcionalidade. Os resultados da evolução da sociedade incluem o estresse, a violência, a poluição, o surgimento de doenças transmissíveis relacionadas com comportamentos/attitudes, o aumento das doenças crônicas potencialmente incapacitantes e o número de pessoas portadoras destas, contrariando o potencial de saúde deste ciclo da vida. Por sua vez, esta tendência levanta questões específicas principalmente em relação à adequação da prestação de cuidados às características particulares dos adultos portadores de doenças crônicas autocontroláveis mais prevalentes e mais incapacitantes (MONIZ, 2006).

As doenças crônicas apresentam uma história natural longa, pluralidade de fatores de risco com a interação de vários fatores genéticos, etiológicos e biológicos conhecidos e desconhecidos. Geralmente se iniciam de forma aguda, às vezes sem significado importante, mas se prolongam com episódios de exacerbação e remissão. Muitas doenças crônicas são passíveis de controle, contudo, além de serem um evento estressante, suas restrições e tratamento acabam por alterar a qualidade de vida dos portadores (LESSA, 2004). Assim, trazem consigo diferentes problemas que, geralmente, interferem no modo de viver das pessoas e dos que convivem com as doenças crônicas. A experiência de tornar-se doente crônico exige que ele visualize e compreenda a sua nova condição para que, desta forma, possa conviver com e enfrentar os problemas trazidos por ela (OLIVEIRA, 2002).

As DCNT representam cerca de metade de todos os óbitos ocorridos, com destaque para as doenças cardiovasculares nos coeficientes de mortalidade com 60% (BRASIL, 2004). As doenças cardiovasculares no seu conjunto são responsáveis por aproximadamente 30% de todas as mortes no mundo em países ricos e pobres. No entanto, nos países ricos a mortalidade por essas doenças ocorre na faixa etária acima de 60-70 anos, enquanto nos países pobres acontece precocemente, em uma fase na qual o indivíduo é economicamente ativo, representando grande ônus social e econômico (PIERIN, 2004).

No Brasil, até o início da quarta década do século passado, as doenças infecciosas se destacavam como principal causa de óbito, respondendo por mais de 40% das mortes, enquanto a proporção de óbitos por doenças do aparelho circulatório e as neoplasias malignas eram respectivamente 14,5% e 3,9%. Em 1986 as doenças do aparelho circulatório participaram como causa de 33,5% dos óbitos ocorridos no país seguido das causas externas (14,85%) e das neoplasias (9,7%). Em 1930 as mortes por doenças cardiovasculares (DCV) representavam 11,8% e em 1996 esse percentual já era de 27,4%. Em 2000, 85% dos acidentes vasculares cerebrais e 40% a 60% dos infartos agudos do miocárdio ocorreram como consequência da hipertensão arterial, apesar de serem acometimentos preveníveis (BRASIL, 2000).

O ônus econômico das doenças cardiovasculares tem crescido exponencialmente nas últimas décadas. Em 2000 as doenças cardiovasculares foram responsáveis pela principal alocação de recursos públicos em hospitalizações no Brasil (aproximadamente \$ 821 milhões), e representaram a 3ª causa de permanência hospitalar prolongada (81,82%). Entre 1991 e 2000 os custos hospitalares atribuídos às doenças cardiovasculares aumentaram 176%. Esse aumento nos custos na área de saúde é universal. Diversos países mesmo aqueles que despendem uma quantidade significativa do seu produto interno bruto para este setor, buscam racionalizar e otimizar os recursos disponíveis com o risco iminente de que parte da população não se beneficie pela falta de recursos ou distribuição e sua alocação inadequada (SBC, 2001).

Os fatores de risco cardiovasculares podem ser classificados em dois grupos: aqueles não suscetíveis à modificação e/ou eliminação ditos não modificáveis, e os que podem ser modificados ou atenuados por mudanças nos hábitos de vida e/ou

por medicamentos. No grupo dos fatores de risco não modificáveis temos a hereditariedade, idade, raça e sexo. Dentre os modificáveis temos a Hipertensão Arterial Sistêmica, tabagismo, Dislipidemias, hipertrigliceridemia, obesidade, sedentarismo, uso de anticoncepcionais hormonais e estresse (CARVALHO; 1988; SILVA; MARCHI, 1997).

Esta pesquisa trata especificamente da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM) e das Dislipidemias, por entender que são consideradas as principais doenças crônicas e apresentam os maiores índices de morbidade e mortalidade cardiovascular. Tal fato acontece porque esses fatores de riscos cardiovasculares, quando presentes isoladamente ou associados determinam um processo acelerado de envelhecimento dos vasos, fazendo com que mais precocemente aconteça uma resposta endotelial alterada e predispõe o vaso a todas as condições dessa disfunção (OMS, 2003).

A Hipertensão Arterial (HA) e o Diabetes Mellitus (DM) constituem os principais fatores de risco para as doenças do aparelho circulatório. Entre as complicações mais freqüentes decorrentes desses agravos encontram-se o Infarto Agudo do Miocárdio, o Acidente Vascular Encefálico, a Insuficiência Renal Crônica, as Amputações de Pés e Pernas, a Cegueira Definitiva, os Abortos e as Mortes Perinatais (BRASIL, 2001).

Dados epidemiológicos mostram que a probabilidade de um indivíduo de 50 anos, sem exposição a fatores de risco conhecido desenvolver um evento coronariano é de 6% em 10 anos; enquanto que um indivíduo de 60 anos passa a ter a probabilidade de 9% para desenvolver o mesmo evento (TAVARES, 2000).

Destaca-se que o processo de urbanização e industrialização da sociedade provocou mudanças no estilo de vida das pessoas em função do aumento do ritmo de trabalho, e, conseqüentemente, a alimentação associada a este passou a ser a dos “fast foods”. Da mesma maneira, o tempo para o lazer ficou escasso à medida que o estresse aumentou o que contribui para a predisposição ao desenvolvimento da Hipertensão Arterial. Todas estas alterações contribuíram para o surgimento das doenças crônico-degenerativas que se tornaram mais freqüentes devido à maior sobrevivência oferecida pelos progressos do diagnóstico e da terapêutica (BARBOSA, 1999).

Os pacientes com doenças cardiovasculares geralmente podem se beneficiar com a aderência a um esquema prescrito de medicamentos diários, um programa contínuo de exercícios físicos e o tratamento dos fatores de risco, abstenção do tabagismo e a perda do excesso de peso, o que exige mudanças de vida e de hábitos por parte dos pacientes, mas estas intervenções comportamentais são indicadas. De modo geral, as pesquisas nesta área indicam que intervenções comportamentais com adoção de autogerenciamento dos fatores de risco são eficazes para ajudar os pacientes a atingir essas metas (OMS, 2003).

Diante deste contexto, é relevante não só o levantamento dos fatores de risco precocemente, como a prevenção aos agravos para os já adoecidos, sendo ainda mais importante para os enfermeiros que necessitam cuidar de sua saúde para assim poder cuidar do outro.

#### 2.1.1 Hipertensão Arterial

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) ocupa lugar de destaque no contexto da transição epidemiológica, por ser uma doença crônico-degenerativa, assintomática, com maior exposição e susceptibilidade de pessoas a uma série de agravos que podem prejudicar a qualidade de vida. É a doença de mais alta prevalência dentre as doenças e agravos não transmissíveis (DANT, 2006).

É considerada uma doença que mata silenciosamente, sendo o maior problema médico-social dos países desenvolvidos e em muitos dos emergentes. Mesmo sendo conhecido o tratamento não medicamentoso e preventivo disponível, a HAS continuará por décadas representando um dos maiores desafios e ônus para o hipertenso e para a sociedade (LESSA, 2001).

Trata-se de doença de relativa gravidade em decorrência de sua cronicidade e de sua evolução para lesões de órgãos alvos, no desenvolvimento de várias outras enfermidades como aneurismas, doença vascular periférica, insuficiência cardíaca, doença renal crônica, afecções retinianas, entre outras, contribuindo com mais de um terço de todas as mortes. Segundo a Organização Mundial de Saúde, em nível global a hipertensão arterial atinge mais de 20% da população e encontra-se em crescimento na maioria dos países. É responsável por 7,1 milhões de mortes, correspondendo a 13% do total em 2002 (DANT, 2006).

No Brasil, o percentual de prevalência da hipertensão chega a 35% da população com idade igual ou superior a 40 anos, ou seja, cerca de 17 milhões de pessoas (BRASIL, 2006). As modificações econômicas e de organização social com o predomínio da vida urbana, o domínio da tecnologia, da industrialização e da globalização têm resultado em padrões de comportamento e condições de vida bastante prejudiciais à saúde, especialmente no que diz respeito à hipertensão arterial.

Em sociedades industrializadas, a HAS predomina entre os homens de menor idade e entre as mulheres mais velhas, aumenta com a idade em ambos os sexos, e é mais freqüente entre populações de menor renda e menor nível de escolaridade (DANT, 2006). A pressão arterial aumenta linearmente com a idade, e um estudo brasileiro revelou que em indivíduos adultos 50,8% sabiam ser hipertensos, 40,5% estavam em tratamento e apenas 10,4% tinham pressão arterial controlada (GUS et al., 2004).

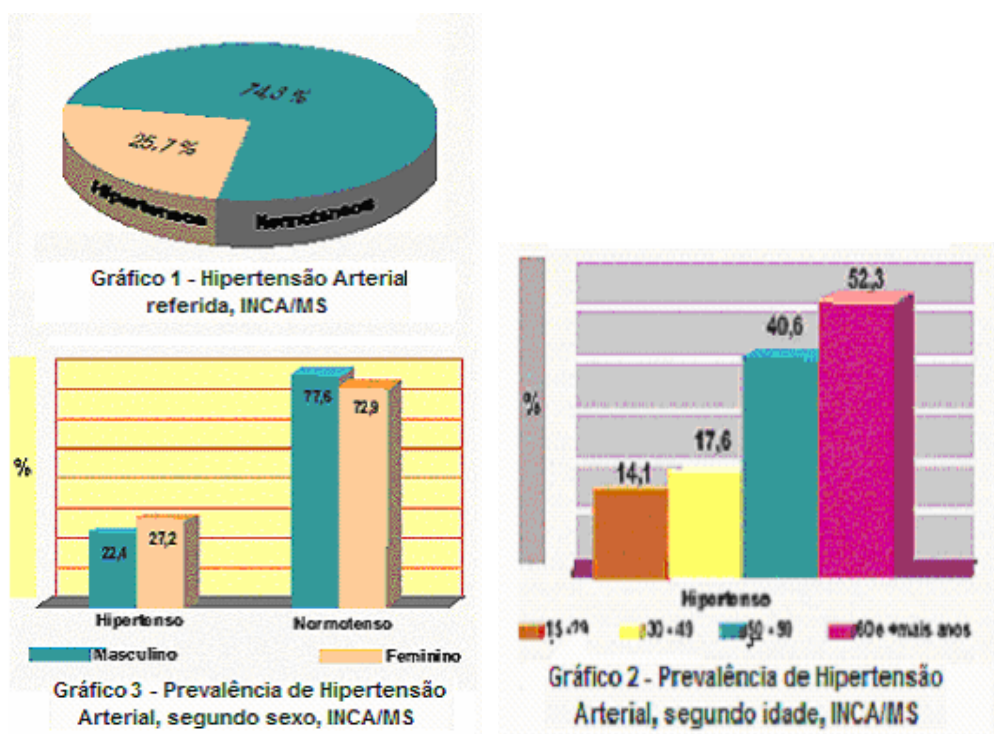
Esta doença ocasiona transformações expressivas na vida dos indivíduos, sejam elas na esfera psicológica, familiar, social ou econômica pela possibilidade de agravamento em longo prazo, exigindo uma nova reestruturação nas diferentes esferas com uma ruptura no fluxo cotidiano. Estas mudanças que ocorrem provocam alterações no modo de viver anterior ao aparecimento da doença, exigindo dos indivíduos modificações em seus hábitos diários, nos papéis que desempenham, e isto, para sempre (BASTOS, BORENSTEIN, 2004).

Estima-se que um terço das aposentadorias no Brasil ocorra por invalidez e tem como principal causa a HAS. Além disso, estas aposentadorias sobrevivem precocemente, em média aos 55 anos de idade (DANT, 2006).

Gradativamente cresce o número de hipertensos, particularmente nos países do terceiro mundo que passaram a responder por mais de 70% dos casos de Hipertensão Arterial no planeta. Também nesses países as populações de menor renda são as mais atingidas. Além do elevado custo com o tratamento do doente, a incapacidade e as complicações decorrentes da HAS acarretam elevados custos indiretos, entre eles os gastos com internação hospitalar e atingiram no Brasil mais de 45 milhões de reais e no Estado do Paraná mais de 2,5 milhões (DANT, 2006).

O perfil alimentar predominantemente industrializado, com excesso de sal, de gorduras animais e o aumento da obesidade vêm aumentando as taxas de

hipertensão arterial. Acresce-se a isto a tendência a padrões de vida e trabalho sedentários e uma crescente demanda de tempo e insatisfações geradores de estresse, considerados dois outros fatores de risco. Em 2002, o Ministério da Saúde, Instituto Nacional do Câncer (INCA) realizou inquérito de prevalência dos fatores de risco para doenças e agravos não transmissíveis na maioria das capitais brasileiras. Seus resultados colocaram a cidade de Curitiba como a 8ª maior taxa de hipertensão, demonstrando maior prevalência da doença em mulheres e em pessoas com mais de 60 anos de acordo com os gráficos abaixo:



Fonte: DANT, 2006, p.55-56.

Inquéritos de bases populacionais realizados no Brasil apontam que a prevalência na população urbana adulta brasileira varia entre 22% a 44%. No entanto, este agravamento não se distribui de forma homogênea na população, e está cada vez mais associado às diferenças sociais e econômicas. A elevação da pressão arterial representa um fator de risco independente, linear e contínuo para a doença cardiovascular, e é a principal causa de morte em todas as regiões do Brasil, com a ocorrência do acidente vascular cerebral que acomete mulheres em maior proporção, além de ser responsável por alta frequência de internações (SBH, 2006).



Em função de ser a doença mais comum na população e ter um caráter crônico degenerativo do sistema cardiovascular, a Hipertensão Arterial provocou mudanças no perfil de morbi-mortalidade da população e o seu controle tornou-se um desafio para os profissionais de saúde. Isto porque seu tratamento envolve a participação ativa dos hipertensos e mudanças de comportamento para reduzir os fatores prejudiciais à condição clínica (CADE, 2001).

Para Mantovani e Nascimento (2004) a doença não é composta apenas de sinais e sintomas, mas vem carregada de significados que irão definir a forma como o indivíduo irá aceitar sua nova condição. Por isso o portador deve compreender que enquanto não aceitar e descobrir a melhor forma de viver com a doença, não será capaz de contribuir para melhorar sua qualidade de vida e prevenir as complicações da doença, o que se aplica aos enfermeiros.

A prevenção da Hipertensão Arterial envolve inclusive educação para a saúde sobre suas inter-relações e complicações, e implica, na maioria das vezes, a necessidade da introdução de mudanças de hábitos de vida (PIERIN, 2001). A motivação para vencer desafios deve estar presente nas ações preventivas, institucionais e privadas, para os enfermeiros portadores destas doenças.

### 2.1.2 Diabetes Mellitus

O Diabetes Mellitus (DM) não é uma única doença, mas um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresentam em comum a hiperglicemia, de maior prevalência na atualidade e estima-se que 11% da população brasileira de 40 anos ou mais seja portadora. Em 1996, a prevalência da doença era de 120 milhões de pessoas no mundo e a previsão é que atinja 250 milhões em 2025, devido ao envelhecimento crescente, à obesidade, ao estilo de vida sedentário e às modificações nos padrões diabéticos (BRASIL, 2005).

Trata-se de uma condição crônica, provocada pela falência ou rebaixamento da função do pâncreas, com redução da produção de insulina ou seu não aproveitamento efetivo. Esta condição resulta em aumento da glicose sanguínea que acarreta em graves danos ao organismo, especialmente ao nível de nervos e vasos sanguíneos (DANT, 2006). Essa hiperglicemia é classificada atualmente baseada na etiologia e não no tipo de tratamento. A classificação proposta pela Organização

Mundial da Saúde (OMS) e pela Associação Americana de Diabetes (ADA) e recomendada inclui quatro classes clínicas: DM tipo 1 (auto-imune e idiopático), DM tipo 2, outros tipos específicos de DM (defeitos genéticos na função das células beta, defeitos genéticos na ação da insulina, doenças do pâncreas exócrino e outras condições) e Diabetes Mellitus gestacional. Ainda, existem duas categorias referidas como pré-diabetes, que são a glicemia de jejum alterada e a tolerância à glicose diminuída. Essas categorias não são entidades clínicas, mas fatores de risco para o desenvolvimento do DM e de doenças cardiovasculares (SBD, 2006).

O DM tipo 1 ou diabetes juvenil, no qual a produção de insulina é mínima ou nula, geralmente acomete crianças e jovens, e o DM tipo 2, que acomete adultos e possui prevalência de 85% dos diabéticos e o chamado diabetes gestacional que pode ocorrer durante a gravidez e geralmente desaparece após este período. O principal fator de risco para o diabetes tipo 2 é a obesidade, cerca de 90% dos diabéticos tem peso acima do normal. Em relação ao diabetes juvenil, o aleitamento artificial contribui com mais de 30% da etiogênese (DANT, 2006).

Os fatores predisponentes ao seu desenvolvimento compreendem a história familiar de diabetes, obesidade, sedentarismo, idade avançada, hipertensão arterial, hiperlipidemia, além de história de diabetes gestacional ou gestação de neonatos acima de 4,5kg (SMELTZER; BARE, 2002). A sua gravidade reside na evolução da doença com lesão de órgãos alvos e nas várias incapacitações decorrentes: insuficiência renal, cegueira por inflamação da retina, necrose e amputação de membros por insuficiência de vascularização periférica, etc. (DANT, 2006).

O problema de pessoas com diabetes não causava grandes preocupações até meados do século XX, possivelmente devido a sua não detecção por deficiência diagnóstica. Devido aos avanços tecnológicos ocorridos, a partir de 1990 houve um explosivo aumento do número de indivíduos com esta doença, tornando-a uma das maiores ameaças à saúde mundial do século XXI. As causas assinaladas para esta situação são: envelhecimento populacional, vida urbana extremamente sedentária, excesso de alimentos altamente calóricos, desenvolvimento progressivo de obesidade, influências genéticas, possivelmente algumas alterações nutricionais durante a vida fetal e logo após o nascimento e maior sobrevida do paciente com DM (MEDEIROS, 2007).

De acordo com a SBD (2006) uma epidemia de Diabetes Mellitus (DM) está em curso. Em 1985 estimava-se que existiam 30 milhões de adultos com DM no mundo; esse número cresceu para 135 milhões em 1995, atingindo 173 milhões em 2002, com projeção de chegar a 300 milhões no ano 2030. Cerca de dois terços desses indivíduos com DM vivem nos países em desenvolvimento, onde a epidemia tem maior intensidade, com crescente proporção de pessoas afetadas em grupos etários mais jovens.

No Brasil, no final dos anos 1980, a prevalência de DM na população adulta foi estimada em 7,6%. Dados mais recentes apontam para taxas mais elevadas, como 12,1% num estudo de Ribeirão Preto, SP. Estimava-se que em 2005 existiriam em torno de 8 milhões de indivíduos com DM no Brasil. A influência da idade na prevalência de DM e na tolerância à glicose diminuída foi bem evidenciada pelo Estudo Multicêntrico sobre a Prevalência do Diabetes no Brasil, no qual se observou variação de 2,7% para a faixa etária de 30-59 anos e de 17,4% para a de 60-69 anos, ou seja, um aumento de 6,4 vezes (SBD, 2006).

No Brasil, estudo realizado na comunidade nipo-brasileira mostrou aumento vertiginoso na prevalência do DM, cuja taxa passou de 18,3% em 1993 para 34,9% em 2000, evidenciando o impacto de alterações no estilo de vida, em particular do padrão alimentar, interagindo com uma provável suscetibilidade genética. A incidência do DM tipo 2 é difícil de ser determinada em grandes populações, pois envolve acompanhamento durante alguns anos, com medições periódicas de glicemia (SBD, 2006).

No mundo, o número de mortes atribuídas ao DM está em torno de 800 mil, entretanto, é fato bem estabelecido que essa quantidade de mortes é consideravelmente subestimada, pois freqüentemente o DM não é mencionado na declaração de óbito pelo fato de serem suas complicações, particularmente as cardiovasculares e cerebrovasculares, as suas causas (SBD, 2006).

No gráfico abaixo, os grupos com três números representam a quantidade de pessoas com Diabetes (na primeira linha), a estimativa para 2010 (na segunda linha), e o aumento porcentual dos casos de Diabetes em cada região. As elevações porcentuais são alarmantes, principalmente nos países em desenvolvimento.

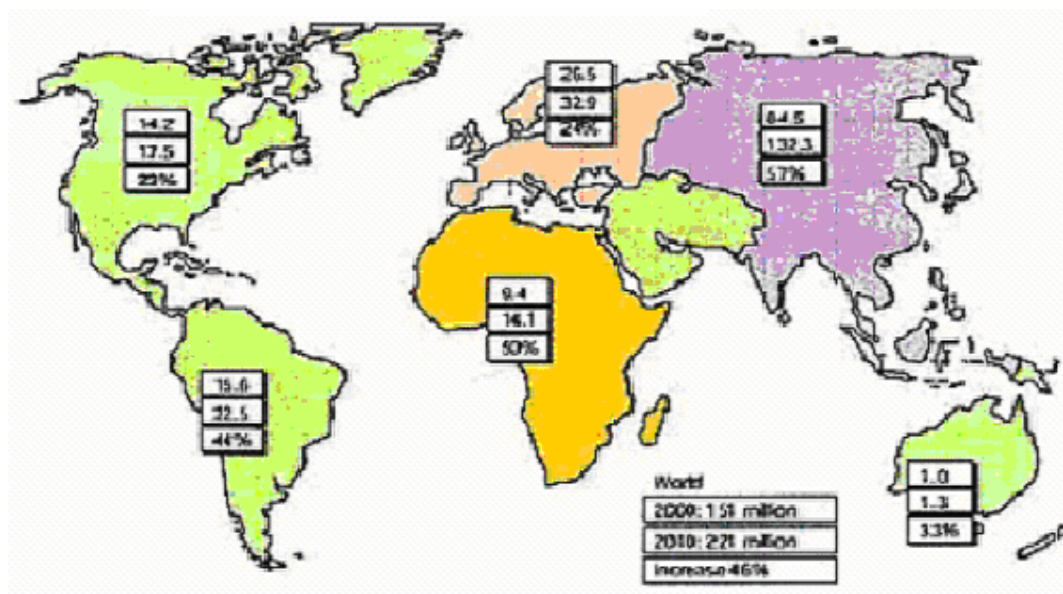


Gráfico 4 - Gráfico Comparativo de Diabetes no Mundo

Fonte: Medeiros (2007)

Em 2010, na China haverá aumento de 57% de diabéticos na população, nos países da África a estimativa é de cerca de 50%, e na América Latina serão 44% a mais de diabéticos. O aumento será de 46% no mundo inteiro. Cerca de 90% dos casos será do Diabetes tipo 2 (MEDEIROS, 2007).

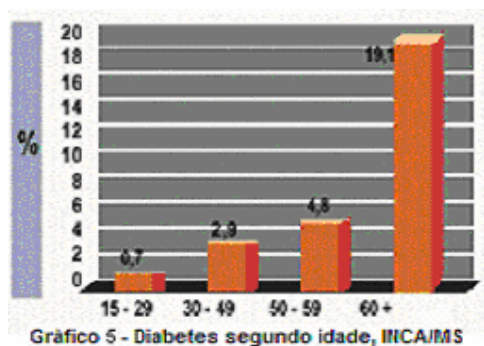
A OMS (2003) confirma estas informações referindo que o aumento da incidência de diabetes em países em desenvolvimento é particularmente preocupante porquanto é o principal fator de risco para cardiopatia e doença cérebro-vascular, e normalmente ocorre associada à hipertensão. Nos países em desenvolvimento contribuem com  $\frac{3}{4}$  da carga global de diabetes. No Brasil há 5 milhões de diabéticos, é o 6º país do mundo em número de pessoas com a doença.

Sua natureza crônica, a gravidade de suas complicações e os meios necessários para controlá-las tornam o DM uma doença muito onerosa, não apenas para os indivíduos afetados e suas famílias, mas também para o sistema de saúde. Os custos dos cuidados de saúde para um indivíduo com DM, nos EUA, foi estimado em duas a três vezes maior do que o de um sem a doença. Os custos do DM afetam todos, porém não apenas economicamente. Os custos intangíveis (dor, ansiedade, inconveniência e perda de qualidade de vida, por exemplo) também apresentam grande impacto na vida das pessoas com diabetes e de suas famílias, e são difíceis de serem quantificados (SBD, 2006).

No caso do Diabetes, a adesão ao tratamento representa um grande desafio porque envolve inúmeras mudanças de comportamento que devem ser integrados no dia-a-dia das pessoas, através do auto-monitoramento dos níveis de glicose no sangue, da aderência ao tratamento, adaptações ao medicamento, de verificações regulares para detectar problemas com os pés, dietas alimentares e atividades físicas constantes. No caso específico dessa condição crônica, os pacientes e os familiares são responsáveis por mais de 95% do tratamento (OMS, 2003).

O diagnóstico precoce é vital devido ao alto custo social e econômico das suas complicações. Segundo a American Diabetes Association (ADA, 2007), alterações como cardiopatia e acidente vascular cerebral (AVC) são duas vezes mais freqüentes em indivíduos diabéticos do que naqueles que não possuem este agravo. Além disso, portadores de diabetes desenvolvem complicações cardiovasculares mais precocemente. Estas são responsáveis por mais de 65% de óbitos.

Na cidade de Curitiba até 2002 a incidência de diabetes era alta quando o INCA realizou o inquérito de prevalência nas capitais brasileiras, e situou-se como a de segunda maior taxa de diabetes com 6%, ao lado de quatro outras capitais, e a população mais vulnerável foi identificada com 60 anos, apresentando três vezes mais freqüência da doença:



Fonte: DANT, 2006, p. 62.

Inúmeros indivíduos diabéticos são incapazes de continuar a trabalhar em decorrência das complicações crônicas, ou ficam com alguma limitação no seu desempenho profissional (SBD, 2006). O Diabetes Mellitus, muitas vezes, é visto como uma doença que impõe limitações às atividades da vida diária e implica em medo de viver com dieta restrita, susceptibilidade para infecções, injeções,

interferência no trabalho, dependência de outros. Dessa forma a sua prevenção é essencial, inclusive para os enfermeiros.

### 2.1.3 – Dislipidemias

Dislipidemias são alterações no metabolismo das lipoproteínas plasmáticas, levando a defeitos no transporte dos lipídeos, sobretudo colesterol e triglicerídeos. O termo engloba os casos de hiper e hipocolesterolemia, hiper ou hipotrigliceridemia, ou ambos. Elas podem ser causa e conseqüências de várias desordens, sobretudo de natureza cardiovascular e endócrina. Aumentos no colesterol total, sobretudo às custas de LDL, resultam em elevado risco de Aterosclerose, Diabetes Mellitus, Alcoolismo, Hipertiroidismo evoluem com hiperlipidemia (SBC, 2007).

O colesterol presente no plasma sangüíneo e em tecidos animais pode ser muito prejudicial à saúde, visto que é insolúvel no sangue. Ele é transportado por proteínas para cumprir funções como produção de hormônios sexuais, fabricação de vitamina D, transporte de gorduras do intestino para as áreas de metabolização e estocagem no fígado, músculos e tecido adiposo. São dois os tipos de colesterol: o HDL, (colesterol bom), e o LDL, (colesterol ruim) (SBC, 2001).

O HDL conduz o excesso de colesterol para fora das artérias impedindo o seu depósito. O LDL ao contrário, deposita o colesterol em todas as células. Pesquisas experimentais demonstraram que o risco de doenças cardíacas aumenta significativamente quando o LDL está acima dos níveis aceitáveis. Para o HDL, a relação é inversa: quanto mais elevado, menor o risco. Estudos clínicos demonstraram que o risco de doenças cardiovasculares aumenta quando o LDL está acima dos níveis aceitáveis (SBC, 2001).

Pessoas que não sofrem de doença arterial coronariana, mas têm um fator de risco além do colesterol elevado (por exemplo: hipertensão, obesidade, tabagismo, são idosas ou têm histórico familiar da doença) devem manter o LDL sob controle. O mesmo ocorre com quem tem mais de dois fatores, além do colesterol elevado. Com o HDL é diferente: quanto mais alto, melhor.

Os triglicérides são a forma de armazenamento energético mais importante no organismo, constituindo depósitos no tecido adiposo e muscular. Evidências atuais

também dão alerta aos níveis de triglicérides. Se sua taxa estiver acima de 200 mg/dl e o HDL baixo, há maior risco de desenvolver doença coronariana (SBC, 2001).

Ao reduzir as taxas do colesterol ruim, a longo prazo são reduzidos os riscos de doença nos indivíduos saudáveis e também as manifestações da doença quando instalada e em quem sofre de arteriosclerose. Pessoas que apresentam altos índices de LDL e de triglicérides necessitam de acompanhamento médico e medicação. Os que têm doenças cardíacas como angina de peito, infarto, fizeram ponte de safena ou angioplastia têm maior propensão à arteriosclerose e devem controlar os níveis de colesterol e triglicérides no sangue (SBC, 2001).

De acordo com estes autores, as Dislipidemias podem ser primárias, ou seja, de origem genética; ou secundárias, causadas por outras doenças ou por uso de medicamentos para Hipotireoidismo, Diabetes Mellitus (DM), Síndrome Nefrótica, Insuficiência Renal Crônica, Obesidade, Alcoolismo, Icterícia Obstrutiva, uso de doses altas de diuréticos, betabloqueadores, corticosteróides, anabolizantes.

Os níveis séricos de colesterol total (CT) foram avaliados no Brasil em regiões específicas. Estudo conduzido em nove capitais, envolvendo 8.045 indivíduos com idade mediana de 35 + 10 anos, no ano de 1998, mostrou que 38% dos homens e 42% das mulheres possuem CT > 200 mg/dL. Neste estudo, os valores do CT foram mais altos no sexo feminino e nas faixas etárias mais elevadas (SBC, 2007).

As Dislipidemias relacionadas à doença arterial coronariana têm sido estudadas extensivamente e foi demonstrado que pessoas de países, grupos sociais ou raças que consomem grandes quantidades de gordura têm níveis elevados de colesterol sérico e maior incidência de Aterosclerose Coronariana Aórtica em relação àqueles que consomem menos gordura (SBC, 2001). Contudo, todos os indivíduos, incluindo os enfermeiros com estas alterações devem ser submetidos à mudança do estilo de vida como dieta, exercício, abstenção do fumo e perda de peso.

## 2.2 - A PREVENÇÃO DE AGRAVOS À SAÚDE

Atualmente, a saúde é profundamente influenciada pela capacidade de cada ser humano de formular e colocar em prática as suas escolhas. A resolução de muitos dos problemas que afetam o bem-estar, as chamadas doenças da civilização,

o modo de vida, do ambiente, das tensões exige que cada um escolha por si mesmo e o faça da melhor forma possível.

A própria natureza da vida contemporânea tornou a escolha individual o fator mais importante para a conservação da saúde (OMS, 2003). Isto também é verdadeiro no caso da doença crônica que é a soma de vários eventos que ocorrem no curso de uma doença, é assimilada pela pessoa, colaborando, assim, para o desenvolvimento de uma vida em que ela torna-se inseparável de sua história (KLEINMAN, 1988).

O Relatório Mundial da OMS (2003) relata que comportamentos e padrões de consumo não saudáveis implicam de forma predominante no surgimento das condições crônicas. Tabagismo, ingestão excessiva de alimentos não saudáveis, sedentarismo, abuso de bebidas alcoólicas, práticas sexuais de alto-risco e estresse social descontrolado são as principais causas e fatores de risco para as condições crônicas.

As maiorias das complicações das condições crônicas desta pesquisa são evitáveis e muitas podem ser prevenidas. As estratégias para minimizar o surgimento das condições crônicas e complicações decorrentes incluem detecção precoce, aumento da prática de atividade física, redução do tabagismo e restrição do consumo excessivo de alimentos não saudáveis. A prevenção deve ser um componente precípua em toda interação com o paciente e também para os enfermeiros. O paciente não é um participante passivo no tratamento pelo contrário, é considerado alguém que produz saúde (OMS, 2003).

O tratamento contínuo das condições crônicas inclui prevenção, manutenção de longo prazo, gerenciamento de exacerbação de sintoma agudo e reabilitação. Para alguns pacientes, também são necessários serviços sociais atuantes na comunidade. Essas diferentes formas de serviços são tipicamente fornecidas em diversos âmbitos, e com freqüência, por muitas equipes de saúde diferentes. Como resultado, os serviços são freqüentemente duplicados, sem necessidade, com desperdício significativo de recursos econômicos escassos (OMS, 2003).

Além dos fatos acima citados, no caso dos enfermeiros, é também importante mencionar outros fatores como a relação com trabalho e o processo de trabalho, pois, sabe-se que as tarefas de cada profissão interferem de forma benéfica ou maléfica na saúde das pessoas, contribuindo para o aparecimento ou o



agravamento de doenças crônicas. Segundo Dejours (1988) há sofrimento para os trabalhadores e este se expressa pela insatisfação e ansiedade, vinculadas a aspectos como: condições de trabalho (aspectos físicos), organização do trabalho como a divisão de tarefas, relações de poder, relacionamento interpessoal, entre outras; e considera-se que essa insatisfação possua relação direta com o binômio saúde-trabalho.

Do ponto de vista estrito, os agravos à saúde relacionados ao trabalho são classificados em dois grupos: no primeiro, incluem-se aqueles que traduzem ruptura abrupta do equilíbrio entre as condições e o ambiente de trabalho e a saúde do trabalhador, como os acidentes do trabalho e as intoxicações agudas de origem profissional; e no segundo grupo, incluem-se agravos de caráter crônico: a doença profissional típica, definida como aquela inerente ou peculiar a determinado ramo de atividade (MENDES, 1995).

No caso específico da Enfermagem, um dos estudos realizados sobre estresse indicou que esta condição foi considerada o mal do século XX para a profissão e foi apontada como co-responsável pelo surgimento de doenças crônico-degenerativas e depressão. O mesmo estudo também faz referência a Síndrome de Burnout caracterizada por esforço contínuo, empreendido pelo ser humano, objetivando responder às incessantes solicitações de energia, força ou recursos e que acabam esgotando-o, e correlacionou ambas com o ambiente e o trabalho realizado pela enfermagem (GODOY et al., 2003).

Pode-se, ainda fazer referência aos grupos de problemas atribuídos à organização do trabalho no modo de produção capitalista, discutidos por autores como Dejours (1988) e Laurell & Noriega (1989), como o envelhecimento precoce, a síndrome da fadiga patológica, os distúrbios do sono e da sexualidade e o estresse crônico.

As condições de vida e de trabalho se demonstram precárias na atual organização de saúde do Brasil, causando o descontentamento da equipe de enfermagem assim como dos pacientes por ela atendidos. O número insuficiente de funcionários acarreta sobrecarga e insatisfação, leva a uma queda na qualidade dos serviços prestados pelos funcionários da instituição de saúde. Isto além de desorganizá-los, é desgastante. O processo de trabalho da enfermagem não está implementado como deveria, não há entendimento pela população do trabalho deste

profissional, a qualidade da atenção à população não é a ideal, as medidas governamentais não tem investido na saúde como um todo, acarretando sofrimento, estresse e desalento nos trabalhadores.

Dessa maneira, pequenos passos são tão importantes quanto à mudança de todo o sistema. Aqueles que realizam mudanças, pequenas ou grandes estão se beneficiando hoje, e criando as bases para o sucesso no futuro. Este enfoque na prevenção de agravos é necessário para as instituições e também para os próprios enfermeiros com doenças crônicas, pois, entende-se que eles possuem conhecimento teórico e prático sobre estas doenças e suas possibilidades de tratamento e melhoria, abordando-os com diferentes ações e comportamentos se comparados ao paciente leigo.

### 2.3 O PROCESSO DE TRABALHO EM ENFERMAGEM

Historicamente, na profissão de enfermagem não tem sido estudada de maneira persistente a relação do processo de trabalho dos enfermeiros com as doenças crônicas e de como estes cuidam de sua saúde dentro do enfoque prevencionista.

O processo de trabalho deve ser o centro das atenções na saúde do trabalhador, pois possibilita a análise da interseção adoecimento/sofrimento ligados à atividade laboral, e de todos os fatores como as relações humanas e a significação do trabalho na vida do indivíduo. Dessa forma, através do estudo do processo de trabalho de diferentes profissionais, inclusive do enfermeiro, é possível considerar o seu desgaste físico e psíquico e estabelecer a relação causa-efeito com as diversas atividades produtivas ou laborativas. Assim, ao refletir sobre o processo de trabalho em saúde é possível relacioná-lo ao de diversos setores como a indústria, a economia entre outros, pois compartilha características comuns a estes.

O processo de trabalho parte da concepção teórica de que o trabalho é uma atividade na qual o homem, orientado por uma finalidade, transforma um determinado objeto de trabalho em um produto final, utilizando meios e instrumentos, sob determinada organização de como ocorre o trabalho em si, constituindo estes em seus elementos (MARX, 1988 citado por FELLI e TRONCHIN, 2005).

Na enfermagem, o processo de trabalho em saúde, para Leopardi, et al. (1999) tem como finalidade - a ação terapêutica e como objeto - o indivíduo ou grupos doentes, sadios ou expostos a risco, que necessitam de medidas curativas para preservar a saúde ou para prevenir doenças e como instrumental de trabalho – as condutas que representam o nível técnico do conhecimento que é o saber de saúde.

De acordo com Peduzzi (2001), os processos de trabalho operacionalizados pelos profissionais de saúde determinam e são determinados nos contextos em que estão inseridos, dizem respeito aos modelos de organizações da sociedade, às estruturas organizacionais, às políticas de saúde e ao modelo de assistência. A autora salienta que o objeto do trabalho é o aspecto específico, recortado da realidade sobre o qual incide a atividade do trabalho, contém o produto resultante do processo de transformação efetivado por este. Os instrumentos de trabalho são construídos historicamente pelo sujeito que, dessa forma, estende sua possibilidade de intervenção sobre o objeto.

Egry (2006) discursando sobre o processo de trabalho em saúde, afirma que são divididos em trabalho, produto e agentes. É através do trabalho que os homens e as mulheres produzem a sua existência em sociedade, e é representado pela vida cotidiana dos trabalhadores nos serviços de saúde formais ou informais, oficiais ou não oficiais, públicos e privados. O produto é o final de um dado processo de trabalho que pode ser caracterizado pela modalidade serviço, em geral se confunde com o objeto, sendo parte dele, mas não o todo. Os agentes são as pessoas que dele participam. Numa sociedade como a nossa eles mesmos se inserem diferentemente na produção geral em saúde, diferenças estas dadas principalmente por classes sociais, gênero, geração, raça e etnia.

As práticas de enfermagem têm o caráter peculiar de constituírem-se efetivamente como trabalhos inseridos em processos de produção de serviço, mas sem um processo de trabalho definido, pois segundo Peduzzi (2001), na Enfermagem, a divisão social e técnica do trabalho que deu origem a diferentes categorias profissionais na área, se de um lado otimizou o trabalho, por outro lado dificultou a prática de uma visão global, e, dessa forma, não permitiu definir um único e equivalente processo de trabalho para todos os seus agentes.

Para Freitas (1996) e Peduzzi (2001) a divisão do trabalho na equipe de enfermagem traz repercussões, relacionados à identidade profissional e à visão de conjunto no planejamento global da assistência ao paciente. De acordo com estas autoras, a fragmentação do trabalho em tarefas, e a separação entre a concepção e a execução do processo de trabalho expressa pelo fracionamento denominado cuidado direto – cuidado de enfermagem propriamente dito e executado pelo pessoal de enfermagem de nível médio, e cuidado indireto – as ações de planejamento e gerenciamento do cuidado e do serviço realizado pelos enfermeiros, levam o trabalhador à alienação, eliminando sua iniciativa e criatividade.

Segundo Santos et al. (1997, p. 263) “a organização do trabalho comporta, ao mesmo tempo, um aspecto que visa obter a eficácia no trabalho e outro que materializa a divisão do trabalho, entre aqueles trabalhadores que projetam e aqueles que executam o trabalho”. Assim, concorda-se com Beck (2001, p. 19), quando afirma que a “satisfação e a insatisfação podem estar presentes no cotidiano dos trabalhadores, como resultado desses eventos, sendo elementos importantes a considerar, quando se fala em qualidade de vida e trabalho”.

Para Felli, Peduzzi (2005, p. 4):

Na Enfermagem, a prática social integra a prestação de serviços e possui características distintas de outros processos de trabalho, se inserindo no mundo do trabalho e na atenção à saúde sendo marcada por determinações históricas, sociais, econômicas e políticas, estabelecendo vínculos com as leis sociais, sofrendo impacto da globalização excludente e das políticas de recorte neoliberal, que trazendo para a nossa realidade, como decorrência das políticas de saúde e sociais, reduz ao máximo o número de trabalhadores visando maior lucro com a diminuição de gastos.

De acordo com Sarquis (2007), baseada nos últimos registros do Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Sociais (DIEESE) e que foram apresentados em setembro de 2006, dos 837 mil trabalhadores de saúde pesquisados em seis regiões metropolitanas, verificou-se o seguinte perfil do trabalhador de saúde: a grande maioria (70%) é do sexo feminino, 73% estão concentradas nas regiões metropolitanas e estão alocados principalmente em instituições privadas sendo que, grande parte deles possui extensivas jornadas e outros trabalhos remunerados, devido aos baixos rendimentos e à flexibilidade da jornada de trabalho.

No âmbito hospitalar, as práticas de saúde privilegiam o controle sobre um corpo biológico abstrato, e como hoje é atravessado pela lógica de mercado, tem efeitos diretos não só para quem recorre a estes serviços, como para aqueles que neles exercem suas atividades. Trabalhar em hospital requer um alto nível de colaboração entre diversas pessoas de diferentes especialidades ou posições na rede de cuidados ao paciente, e exige um trabalho coletivo bem coordenado. Há uma enorme variação nas redes de solidariedade que compõem o trabalho necessário para a consecução de cada objetivo. Os componentes de cada equipe terapêutica devem dispor de meios para fazer frente aos imprevistos constantes nele (MAIA e OSÓRIO, 2004).

Para Elias e Navarro (2006) o ambiente hospitalar apresenta características específicas como a excessiva carga de trabalho, o contato direto com situações limite, o elevado nível de tensão e os altos riscos para si e para os outros, a necessidade de funcionamento diuturno que implica na existência de regime de turnos e plantões, permite a ocorrência de duplos empregos e longas jornadas de trabalho comuns entre os trabalhadores da saúde, e é uma prática potencializadora da ação daqueles fatores que, por si só, danificam suas integridades física e psíquica.

De acordo com Santos (2001) a organização do processo de trabalho da enfermagem, apresenta vários complicadores, como: a variabilidade, as jornadas de trabalho, os baixos salários, a penosidade, o estresse, a fadiga, o controle, as categorias profissionais e a submissão. É um trabalho sistematizado pela organização do Sistema Único de Saúde (SUS). Este tem influência direta nos seus avanços e problemáticas, bem como das medidas adotadas nas políticas públicas de saúde que se expressam na forma de organização do cenário hospitalar, da estrutura de vida socioeconômica da população, bem como do arranjo e medidas de saúde, adotadas pelas esferas governamentais, Federal, Estadual e Municipal.

Para Fonseca e Soares (2006, p.92):

As cargas de trabalho, ou seja, elementos constituintes do processo de trabalho, exercem influência no trabalhador enfermeiro, gerando processos de adaptação que são manifestados em desgaste. Esse desgaste manifesta-se quando as estratégias defensivas não conseguem neutralizar o sofrimento residual, isto é, quando a interação dinâmica das cargas de trabalho no processo biopsíquico humano é caracterizado por

transformações negativas. Dessa forma, a organização do trabalho, pode gerar desgaste físico e emocional no trabalhador-enfermeiro.

O processo de trabalho do enfermeiro apresenta inúmeras situações que o expõe a um desgaste contínuo com conseqüentes perdas das condições satisfatórias de vida. De acordo com Franco et al. (2005) a literatura internacional refere que a sobrecarga de trabalho, as relações interpessoais, as situações constantes de dor e morte, a falta de autonomia e o excesso de autoridade dos supervisores no trabalho do enfermeiro são estudos que têm provocado discussões. No Brasil, pesquisas têm sido realizadas sobre esta temática, mas apesar de identificarem os diversos fatores de risco e cargas de trabalho, em particular com o trabalho da equipe de enfermagem, não relacionam esses fatores aos processos de trabalho e ao adoecimento crônico.

As condições de trabalho identificadas nas atividades desenvolvidas pela enfermagem em Hemodinâmica segundo Santos (2001) se assemelham em muito com as encontradas em outros setores estudados a partir do trabalho hospitalar ou não, mais diretamente ligado a alguns riscos e cargas acentuadas por razão da especificidade do setor. Questões ergonômicas pertinentes a não adequação do trabalho ao trabalhador, fatores de exposição ao processo de adoecimento, perturbações de ordens organizacionais referente ao número de trabalhadores e à demanda de atividades e tarefas parecem permear o trabalho de enfermagem, e em Hemodinâmica são elementos fortemente definidos como agentes causais de adoecimento no trabalho.

Uma pesquisa realizada por Murofuse (2004) com 4307 trabalhadores de enfermagem da Fundação Hospitalar Estadual de Minas Gerais mostra que a força de trabalho da enfermagem está sendo desgastada por danos que afetam o corpo e a mente em decorrência de enfermidades causadas por violência oculta no trabalho, conhecidas como doenças da modernidade tais como: LER/DORT, depressão, angústia, estresse, alcoolismo, hipertensão arterial e infarto agudo do miocárdio. No entanto, o trabalhador de saúde possui jornada de trabalho extensa, deixando para segundo plano seus aspectos pessoais, tornando-se alienado e estressado, esquecendo de si e das pessoas do seu próprio convívio (CEGAGNO, 2002).

Decorrente dessa postura, atualmente, muitos trabalhadores apresentam diversificadas alterações de saúde em virtude de suas atividades e funções laborais. As profissões de saúde são fundamentais, contudo se encontram em condição paradoxal de conciliar o cuidado ao outro com o cuidado de sua saúde, numa associação que deve ser benéfica para o exercício de suas funções.

Para Gasperi e Radünz (2006) o trabalho na instituição hospitalar é, algumas vezes, envolto por sentimentos como amor, compaixão, ansiedade, ódio e ressentimento, já que os profissionais dedicam grande parte do seu tempo cuidando de pessoas doentes, evidenciando que o risco de o trabalhador apresentar quadros de sofrimento psíquico está relacionado com a própria natureza do trabalho da enfermagem. Segundo as autoras, a dinâmica do trabalho de enfermagem não leva em consideração os problemas do trabalhador, que enfrenta dificuldades fora e dentro do trabalho. Espera-se que o profissional jamais expresse, junto ao paciente, seus dissabores; ao contrário, espera-se placidez, exigência essa que pode levar ao acúmulo de emoções e ao estresse.

Fisher et al. (2002) identificam a falta de atenção e diminuição da capacidade de julgamento advindas da privação do sono. Nesse caso, esse comportamento tem explicação fisiológica, e o estudo mostra a necessidade de que seja revista a tradição dos turnos de 12 horas, particularmente em postos de trabalho onde há importantes demandas físicas e cognitivas, além de estressores ocupacionais, que expõem o pessoal às cargas de trabalho excessivas e geram desgastes que causarão adoecimento nos profissionais com o decorrer do tempo. Alves e Jouclas (1997); Meirelles (1997) relatam falta de autonomia dos profissionais, grande sobrecarga de trabalho, condições estruturais inadequadas, escassez de recursos humanos, que tornam o trabalho desgastante devido às exigências relativas à prática de horários rígidos e ao trabalho por turnos. Esta dupla jornada de trabalho de muitos enfermeiros gera desgastes e uma maior exposição a acidentes de trabalho.

Neste mesmo sentido, Alves (1995) refere que as condições de trabalho da enfermagem implicam em longas jornadas, no trabalho em turnos desgastantes como vespertino, noturno, domingos e feriados, nos rodízios, em multiplicidade de funções, repetitividade e monotonia, intensividade e ritmo excessivo de trabalho,

ansiedade, esforços físicos, posições incômodas, na separação do trabalho intelectual e manual, no controle das chefias, desencadeando acidentes e doenças.

Fonseca e Soares (2006) num estudo sobre o desgaste emocional através dos depoimentos de enfermeiros que atuam no ambiente hospitalar relatam que os mesmos destacaram a hipertensão arterial sistêmica e a enxaqueca como condições prevalentes para o desgaste emocional apontando motivos como: as responsabilidades envolvidas no cuidado de enfermagem, a falta de organização e de participação dos profissionais nos objetivos do sistema hospitalar, as frustrações freqüentes, a excessiva burocratização, a pulverização das responsabilidades, a massificação hospitalar e as precárias condições do sistema de saúde brasileiro.

As emoções não somente provocam sintomas físicos, mas também causam danos como elevação da pressão arterial, e agravam outras doenças como as cardíacas, o Diabetes e a Asma. Também o estresse, como fator de risco pode ser de natureza física, psicológica ou social, e a sua sobrecarga pode causar danos à saúde do indivíduo, agravar uma doença já existente ou facilitar o seu aparecimento desde que o indivíduo tenha predisposição para desenvolvê-la (CASTRO, SCATENA, 2004).

Um estudo realizado nos Estados Unidos por Bratt et al. (2000) com enfermeiras, teve como objetivo explorar as influências das atribuições da enfermagem e as características das unidades, os elementos de trabalho na satisfação do cargo de enfermeira em setores de cuidados intensivos pediátricos e determinar os fatores estressores. A amostra foi constituída de 1973 enfermeiras de unidade de cuidados intensivos em pediatria, de 65 instituições nos Estados Unidos e Canadá. As variáveis estudadas foram: coesão de grupo, tensão de trabalho, colaboração de enfermeiro-médico, liderança, satisfação no cargo profissional. Constatou-se que o fator estressor mais freqüentemente citado foi lidar com as famílias dos pacientes, entretanto a tensão de trabalho, a coesão de grupo, satisfação no cargo, colaboração de enfermeiro-médico e comportamento de liderança constituíram 52% dos fatores estressantes.

Segundo Lautert (1995), o estresse psicológico relacionado ao trabalho pode ocorrer quando as expectativas do profissional são incompatíveis com o desempenho de sua função, ou quando os demais integrantes do seu ambiente de trabalho têm diferentes demandas, de maneira que não consegue satisfazer todas.



Assim, o compromisso que sente com a profissão e o sistema em que está inserido para trabalhar é diferente de muitas de suas convicções que terão que ser ajustadas e causarão o desgaste emocional.

De acordo com Ferreira (2000), entre as doenças denominadas psicossomáticas, as que têm sido mais estudadas são as cardiovasculares, e os fatores psicossociais do trabalho desempenham três papéis no seu desencadeamento: em primeiro lugar porque podem contribuir para o surgimento de vários processos fisiológicos que determinam Hipertensão Arterial e Aterosclerose; em segundo lugar porque estes fatores podem estar envolvidos agudamente no desencadeamento de doença coronariana (infarto agudo do miocárdio, angina) e em terceiro lugar porque podem agravar os efeitos de outros fatores de risco (níveis elevados de sódio na dieta, entre outros).

Complementando, Ferreira (2000) afirma que profissões em que é freqüente a exposição ao estresse mental, excessiva responsabilidade ou conflitos constantes, são as que mais se associam à hipertensão. Sendo assim, além dos distúrbios coronarianos, diversas doenças e sintomas são relacionados à sobrecarga de trabalho e conseqüentes desgaste físico e emocional, dentre as quais podemos citar: prisão de ventre, diarreia, úlcera, gastrite, dores na coluna e musculares, alergia, doenças de pele, coceiras, quedas de cabelo, cefaléia tensional, câncer, doenças auto-imunes, alterações menstruais, cólicas, diminuição da libido, asma, bronquite, zumbido, tontura, vertigem, entre outras, o que se aplica aos enfermeiros.

Fonseca e Soares (2006) contribuem com esta afirmação quando dizem que o tipo de desgaste a que as pessoas estão submetidas permanentemente no ambiente e nas relações com o trabalho é visto como fator determinante de doenças. As autoras entendem que os agentes estressores psicossociais são tão potentes quanto os microorganismos e a insalubridade no desencadeamento destas enfermidades.

Num estudo realizado com enfermeiros oncológicos em seu cotidiano de trabalho, as pesquisadoras Popim e Boemer (2005, p. 677) descobriram que cuidar em oncologia implica em lidar com o humano em situação de fragilidade; “requer uma relação de afetividade; é um cuidado que traz consigo a gênese do desgaste profissional, no qual os enfermeiros percebem e verbalizam, ora de forma explícita, ora de forma implícita este processo”.

Ao analisar os processos de sofrimento mental apresentados pelos trabalhadores de saúde, Cruz e Lima (1998) no seu estudo referem que o sofrimento leva à doenças como a hipertensão arterial entre os trabalhadores de enfermagem. Pereira e Bueno (1997) citando Kimura (1984) relatam também a ocorrência de graves distúrbios psiquiátricos em enfermeiras de UTI como consequência do estresse no ambiente de trabalho.

Outro estudo fundamentado na determinação social e na sistematização de Laurell e Noriega realizado por Carvalho e Felli (2006) buscou compreender o processo saúde-doença vivenciado pelos trabalhadores de enfermagem em um hospital psiquiátrico. Concluíram que em relação às cargas de trabalho os trabalhadores estão expostos a todos os tipos de doenças, mas estas são potencializadas pelas cargas psíquicas. O desgaste apresenta-se tanto físico como mental. Os trabalhadores apresentam intenso desgaste mental pelas condições de trabalho vivenciadas e não, especificamente, pelo convívio com o objeto de trabalho.

De acordo com Franco et al. (2005) a preocupação com o desgaste profissional do enfermeiro no ambiente de trabalho levou autores a pesquisarem o assunto citando estudos onde se observou os motivos que levaram os profissionais da saúde a procurarem apoio psicológico. Foram encontrados resultados que demonstraram que a natureza do trabalho realizado e a preocupação com a instituição geravam sentimentos de ansiedade nestes; e num outro estudo verificou-se que a sobrecarga de trabalho, os problemas de relacionamento interpessoal aliados aos acontecimentos como morte, sofrimento e dor geravam desgaste e estresse nos indivíduos que prestavam assistência direta aos pacientes.

Ainda estes autores citam um estudo realizado em uma instituição hospitalar do município de São Paulo (SP) em 1988, com membros da equipe de enfermagem, onde se verificou manifestação física e emocional de desgaste relacionado ao ambiente de trabalho, e observaram que as condições mais desgastantes enumeradas pelos enfermeiros foram o excesso de carga horária e problemas de relacionamento interpessoal.

Lautert (1995) ao estudar o desgaste emocional de enfermeiros de dois hospitais universitários de Porto Alegre, constatou que a exposição contínua a fatores do trabalho, percebidos como não prazerosos pelo trabalhador pode conduzi-lo a um desgaste físico e emocional que, em um primeiro momento, aparece sob forma de

estresse. Porém, a manutenção dessas condições, leva-o a um estresse crônico, decorrente da situação laboral.

Nogueira-Martins (2002) descreve um exemplo destes fatos em uma pesquisa sobre o trabalho de enfermeiras, realizado em um hospital de Londres (MENZIES, 1970), a respeito dos efeitos do estresse associado à tarefa assistencial. Nesse estudo, observou-se que havia um alto nível de tensão, angústia e ansiedade entre as enfermeiras, com faltas e abandonos da tarefa, mudanças constantes de emprego e uma alta frequência de pequenos problemas de saúde que requeriam alguns dias de ausência. O autor refere que a situação de trabalho suscita sentimentos muito fortes e contraditórios nas enfermeiras: piedade, compaixão e amor; culpa e ansiedade; ódio e ressentimento contra os pacientes assim como inveja do cuidado oferecido, e que os pacientes e seus parentes nutrem sentimentos complexos em relação ao hospital, expressos particularmente e mais diretamente às enfermeiras e que, freqüentemente, as deixam confusas e angustiadas.

A prática profissional de enfermeiros com pacientes hospitalizados, pode ser aplicada contemporaneamente, em graus variados, ao conjunto dos profissionais que compõem a equipe de saúde de acordo com Nogueira-Martins (2002). Diversas pesquisas sobre as relações entre o estresse ocupacional, as ambigüidades da profissão, o sofrimento psíquico e a saúde mental dos enfermeiros e auxiliares de enfermagem têm sido desenvolvidas recentemente em nosso meio.

Na literatura encontramos também descrições de síndromes associadas às atividades profissionais da saúde. A síndrome do “Burnout” ou síndrome do estresse profissional tem sido reconhecida como uma condição experimentada por profissionais que desempenham atividades em que está envolvido um alto grau de contato com outras pessoas. Ela é definida como uma resposta ao estresse emocional crônico intermitente, e em profissionais da área de saúde é composta por sintomas somáticos, psicológicos e comportamentais (NOGUEIRA-MARTINS, 2002). O autor afirma que os sintomas somáticos compreendem: exaustão, fadiga, cefaléias, distúrbios gastro-intestinais, insônia e dispnéia e os psicológicos: humor depressivo, irritabilidade, ansiedade, rigidez, negativismo, ceticismo e desinteresse.

De acordo com Murofuse, Abranches e Napoleão (2005) Burnout é uma síndrome que envolve atitudes e condutas negativas com os usuários, clientes, organização e trabalho. É um processo gradual, de experiência subjetiva que resulta

em problemas práticos e emocionais no trabalhador e na organização. O trabalho da enfermagem propicia tanto uma, quanto outra situação e causa sofrimento e adoecimento.

Radünz (1999) apresenta em sua tese pressupostos para a inevitabilidade do Burnout por meio do cuidar de si aos enfermeiros que convivem constantemente com situações de finitude. Ela sugere um processo de reflexão e também argumentos para o enfermeiro reconhecer sua realidade pessoal de ser finito e aponta caminhos para o reabastecimento de sua vitalidade através do cuidado de si.

Um profissional que está “burning-out” tende a criticar tudo e todos que o cercam, tem pouca energia para as diferentes solicitações de seu trabalho, desenvolve frieza e indiferença para com as necessidades e o sofrimento dos outros, tem sentimentos de decepção e frustração e comprometimento da auto-estima (NOGUEIRA-MARTINS, 2002).

Nesse enfoque, Silva (1996) busca compreender o processo saúde-doença, vivenciado pelos trabalhadores de enfermagem de um hospital público e universitário, evidenciando as particularidades da relação de determinação trabalho-saúde que se expressam nos trabalhadores de enfermagem. Estes processos são explicitados pelos danos biopsíquicos em suas diferentes formas de expressão, apreendidas pela morbidade referida pelos trabalhadores e registrada nos exames médicos, e pelos acidentes de trabalho documentados. Resgata os sinais e sintomas como importantes indicadores do desgaste dos trabalhadores de enfermagem, os ferimentos perfurocortantes e as doenças músculo-articulares como danos característicos do perfil de morbidade destes.

Sarquis (2007) cita vários autores que demonstraram que a sobrecarga de trabalho potencia a exaustão profissional desencadeada pela organização de trabalho referida pelos trabalhadores na sua pesquisa.

Elias e Navarro (2006) em uma pesquisa realizada com profissionais de enfermagem do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, MG, investigaram as relações entre o trabalho, a saúde e as condições de vida destes profissionais. Encontraram resultados que apontaram para a ocorrência de problemas de saúde orgânicos e psíquicos, decorrentes principalmente do estresse e do desgaste provocado pelas condições laborais com reflexos nas condições de vida destes.

Entretanto, estudos sobre a relação saúde-trabalho e adoecimento crônico ainda são incipientes no nosso país. Dessa forma, diante destes argumentos percebe-se que o trabalho da enfermagem concorre para o adoecimento crônico, e o seu trabalhador precisa perceber-se como alguém que enfrenta este acontecimento. Neste sentido, é importante o enfermeiro conhecer o seu processo de trabalho, fazer a reflexão necessária para a compreensão dele em cada local, sua práxis, seu papel para o desenvolvimento de uma forma mais criativa de trabalhar que beneficie a si mesmo, ao doente e a profissão como um todo. O trabalho excessivo não favorece a profissão no contexto atual, além de prejudicar o individual.

### **3 ABORDAGEM METODOLÓGICA**

#### **3.1 TIPO DE PESQUISA**

Ao escolher a metodologia mais adequada para esta pesquisa, a abordagem quantitativa descritiva foi a que proporcionou respostas precisas com um mínimo de interferência emocional da pesquisadora, descreveu e relacionou os dados de forma mais compreensiva da realidade que procurou se conhecer.

A pesquisa, de forma abrangente é uma atividade que visa responder questões e solucionar problemas, investigando ou observando a realidade, com a finalidade de permitir a elaboração de conhecimentos que possibilitem e auxiliem na compreensão dos resultados, assim como possibilitando ao pesquisador novas decisões frente aos resultados obtidos (PÁDUA, 2003). Ela se apresenta segundo Minayo et al. (1999) como um processo de trabalho em espiral, iniciado por um problema ou pergunta, e finalizado com um produto capaz de originar novas questões, motivo pelo qual é provisório.

Para Minayo e Sanches (1993), uma pesquisa, por ser quantitativa, não se torna objetiva e melhor, caso deforme ou desconheça aspectos importantes dos fenômenos ou processos sociais estudados. Da mesma forma, uma abordagem qualitativa em si não garante a compreensão em profundidade. O estudo quantitativo pode gerar questões a serem aprofundadas qualitativamente.

Ainda, Polit, Beck e Hungler (2004), sugerem que quando se explora um fenômeno de interesse a pesquisa investiga a sua natureza complexa e outros fatores com os quais ela se relaciona, dentro de uma nova área ou tópico que estão sendo averiguados e não claramente entendidos. Portanto, além de apropriado ao objeto da investigação e de oferecer elementos teóricos para a análise, o método tem que ser operacionalmente exeqüível. Segundo estas autoras a pesquisa quantitativa tem como campo de práticas e objetivos trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis. Devem ser utilizados os dados explorados, classificando-os e tornando-os inteligíveis através de variáveis e de sua análise.

Esta metodologia foi escolhida para a análise por representar de forma expressiva os objetivos expostos nesta pesquisa, pois visa à quantificação na análise sociológica, busca uma resposta exata, aborda matematicamente ou

estatisticamente os dados de uma situação que exige um diagnóstico inicial, também porque envolve a coleta sistemática de informação numérica, normalmente mediante condições de muito controle, além da análise dessa informação, utilizando procedimentos estatísticos (POLIT, HUNGLER, 1995).

A pesquisa é realizada sempre que não existe conhecimento sobre o assunto acumulado e sistematizado. Gil (1991) considera tudo que pode ser quantificável, traduzindo em números opiniões e informações para classificá-los e analisá-los. Requer o uso de recursos e de técnicas estatísticas como percentagem, média, moda, mediana, desvio padrão, coeficiente de correlação, análise de regressão, e outras.

### 3.2 CAMPO DE INVESTIGAÇÃO

A pesquisa realizou-se num Hospital de Ensino Público Federal, Centro de Referência na atenção à saúde de média e alta complexidade do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta instituição faz parte do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar do Ministério da Saúde, com 643 leitos distribuídos em diversas especialidades, 510 ambulatorios, 288 consultórios e 6524 colaboradores, local em que circulam diariamente cerca de 11.000 pessoas.

### 3.3 SUJEITOS DA PESQUISA

A população da pesquisa foi composta por 23 enfermeiros com vínculo Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) e estatutários do Regime Jurídico Único (RJU), que compõem o quadro funcional da Instituição hospitalar.

Para a amostragem desta pesquisa, foram selecionados 30 enfermeiros com os seguintes critérios de inclusão: 1) com idade variando de 30 a 60 anos, 2) com doença crônica diagnosticada HAS e/ou Diabetes e/ou Dislipidemias, 3) atuante na assistência, sem afastamento médico no período da coleta de dados e 4) dispostos a participar da presente pesquisa.

Estes critérios se justificam porque idade é importante pelo tempo de atuação na Enfermagem e a correlação entre as doenças crônicas e os processos de trabalho desenvolvidos ao longo da vida, doença crônica diagnosticada porquanto

possibilitaria verificar a prevenção de agravos e sua relação com o processo de trabalho dos profissionais e finalmente não afastamento por doenças, visto que não teriam condições de responder o questionário. Foram encontrados cinco enfermeiros nesta situação.

Da mesma forma, foram excluídos da pesquisa os enfermeiros que não se enquadraram em algum dos critérios de inclusão, bem como aqueles que não quiseram ou desistiram de participar.

De posse da quantidade e do nome dos enfermeiros realizei uma busca nos prontuários médicos dos mesmos no Serviço Especializado de Segurança e Medicina do Trabalho - SESMT e na Junta Médica Pericial com prévia autorização das Chefias destes setores, focalizando os critérios de inclusão da amostra. Após este levantamento, procurei cada um dos enfermeiros para convidá-los a participar da pesquisa.

A amostragem desta pesquisa foi intencional. Para que o estudo tenha fidedignidade é importante a escolha da população alvo e que toda ela seja investigada. Entretanto, torna-se muitas vezes impossível se ter a população completa, às vezes por ser inviável colher informações de um número muito grande de informantes, outras vezes pela falta de interesse da mesma em contribuir com a pesquisa, outras vezes porque a população a ser analisada não é encontrada em grande número no local escolhido para a pesquisa. Isto aconteceu nesta amostra, pois muitos enfermeiros não registram suas doenças crônicas nos serviços de Perícia Médica ou de Saúde Ocupacional da Instituição escolhida.

Segundo Marconi e Lakatos (1999, p.43) “quando a necessidade é de investigar apenas uma parte da população ou universo, a amostra deve atender aos objetivos desta” e de acordo com Richardson et al. (1999, p.161) “a amostra intencional é representada por sujeitos-tipos, e estes expressam as características peculiares de todos os integrantes que pertencem à categoria populacional escolhida”.

### 3.4 ASPECTOS ÉTICOS

Antes da realização da pesquisa foi solicitada a autorização ao Comitê de Ética da Instituição, que a aprovou em reunião no dia 25 de abril de 2007, com



registro CEP/SD: 344.024.07.04, CAAE: 0081.0.208.091-07 (ANEXO A). Foi observado na pesquisa em suas diversas etapas, o que preconiza a Resolução nº. 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que estabelece Diretrizes e Normas reguladoras de Pesquisa, envolvendo seres humanos (BRASIL, 2002).

Para obter a anuência dos profissionais na participação da pesquisa, utilizou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A). Foi realizada explicação completa e pormenorizada sobre a natureza da pesquisa, justificativa, seu objetivo, métodos e benefícios previstos. Foram também prestados esclarecimentos sobre a possibilidade de se retirar do trabalho, em qualquer momento, antes da realização ou durante o seu desenvolvimento, sem prejuízo ou perda de qualquer benefício que pudessem ter adquirido, bem como lhes foi garantido o direito de serem informados sobre os resultados parciais e finais da pesquisa. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado pelos enfermeiros em duas vias, sendo uma via para eles e uma para a pesquisadora.

### 3.5 COLETA DE DADOS

A coleta de dados se deu mediante a utilização de um questionário estruturado, fechado e auto-aplicável (POLIT, BECK, HUNGLER, 2004), com 28 questões, disposto em duas modalidades distintas: a primeira foi elaborada com a intenção de realizar uma análise situacional a partir do perfil destes enfermeiros, a segunda, organizada em forma de perguntas abertas.

A pesquisadora seguiu um roteiro (APÊNDICE B) que foi previamente testado, e apoiado em teorias e hipóteses que interessavam à pesquisa, oferecendo amplo campo de interrogativa e novas hipóteses surgiram conforme as informações foram apresentadas. Sempre procedendo antecipadamente com a prévia autorização do entrevistado e valendo-se do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Em relação à metodologia, os enfermeiros foram orientados sobre a eventual necessidade de retornar ao questionário para validar, complementar ou esclarecer dados. Houve a realização do pré-teste do instrumento do qual participaram três enfermeiras com outras doenças crônicas pertencentes à mesma Instituição. Foram realizados os acertos necessários no instrumento que foi revisto e aplicado.

A coleta ocorreu mediante a entrega do questionário aos enfermeiros que se dispuseram a responder a pesquisa, aplicados no período de maio a setembro de 2007.

Vários são os procedimentos para a realização da coleta de dados e adequados conforme as circunstâncias ou com o tipo de investigação. Os autores Triviños (1987, p.140); Gil (1991, p.30) e Marconi e Lakatos (1999, p.25) concordam que para a preparação da pesquisa exige-se decisão e clareza quanto ao tipo de dados a serem investigados, aliados a uma metodologia ao que se pretende estudar. Isto exige do pesquisador, certa dose de dedicação, persistência e paciência.

Segundo Polit e Hungler (1995, p.168):

A construção de um plano de entrevista ou questionário estruturado constitui tarefa que demanda tempo, requerendo muita atenção ao detalhe. O investigador precisa tomar decisões, dentre essas quanto ao uso ou não de um plano de entrevistas ou um questionário auto-administrado, além de saber como equilibrar entre perguntas abertas-fechadas e fechadas.

De acordo com Mattar (1997, p.192), a formulação das questões do questionário deve ser feita com clareza, respeitando os objetivos da pesquisa, e o ponto de vista dos respondentes. Para o autor é importante observar as informações que se quer obter, o tipo de questão a ser usada, o número necessário, a redação de um rascunho, considerando o tipo de formato ideal e a revisão deste até chegar a um questionário adequado.

A formulação de um questionário que atenda a esta finalidade deve ser exaustivamente estudada, procurando verificar se este é capaz de refletir os vários aspectos pesquisados, e se possibilita a captação clara e objetiva dos enfermeiros, de acordo com Cobra (1993, p.38) “após o desenvolvimento do modelo deve-se responder as seguintes questões: Quais os objetivos almejados na solução do problema? Que variáveis determinam se os objetivos podem ser alcançados? Como essas variáveis estão relacionadas com os objetivos?”.

O questionário, numa pesquisa, é um instrumento ou programa de coleta de dados, com linguagem simples e direta. Tem o mesmo objetivo da entrevista, contudo, as perguntas devem ser respondidas por escrito e sem a presença do entrevistador. Para Richardson, et al. (1999, p.189) os questionários têm duas

funções, a de descrever as características, bem como medir determinadas variáveis individuais ou grupais.

De acordo com Triviños (1987, p.144) “a busca do pesquisado adequado e mais capacitado, não é fácil, ou seja, muitas vezes o pesquisador é obrigado realizar contatos informais para alcançar a maior quantia de pessoas que interesse para o estudo”.

### 3.6 ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS DADOS

A partir do tratamento e análise dos dados, buscou-se verificar a existência e concordância entre os resultados observados e os objetivos desta pesquisa. Dessa forma, seguindo as orientações propostas por Quivy e Campenhoud (1992), o tratamento e a análise dos dados foram realizados em três etapas: a) descrição e agregação dos dados; b) análise da relação entre as variáveis; e c) comparação entre os resultados obtidos e os esperados.

Os dados foram descritos e sistematizados em planilhas e inseridos num banco de dados no programa Microsoft Excel 2003, possibilitando uma primeira categorização das informações fornecidas pelos enfermeiros que depois de agrupadas, foram processadas. Planilhas eletrônicas foram construídas e analisadas por uma estatística com ajuda do Programa para computador Statistical Packages for the Social Sciences (SPSS) for Windows – versão 5.0, na análise da relação entre as variáveis, comparando-se os resultados obtidos e os que esperávamos.

As respostas das questões abertas foram categorizadas por afinidade e similaridade em modalidades, apresentadas em quadros e tabelas.

## 4 DISCUSSÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Os resultados estão apresentados, iniciando-se pelo perfil e caracterização dos enfermeiros pesquisados, e em seguida a relação dos fatores de risco das doenças crônicas com o processo de trabalho de enfermagem, o seu conhecimento sobre as doenças crônicas e as medidas de prevenção de agravos à saúde adotada por eles.

### 4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DO ESTUDO, SEGUNDO DADOS PESSOAIS, PROFISSIONAIS, TEMPO DE FORMAÇÃO E TEMPO DE TRABALHO NA INSTITUIÇÃO:

A amostra foi composta de 23 (76,7%) enfermeiros, dos quais 22 eram do sexo feminino e um do sexo masculino. A amostra é heterogênea conforme resultados a seguir, quanto ao tempo de trabalho e idade.

O estudo evidenciou que a idade dos enfermeiros variou de 35 a 58 anos, com média de 47,3 anos, o tempo de atuação profissional esteve num mínimo de 10 e máximo de 38 anos, com média de 22,7 anos. A carga horária semanal apresentou uma variação de 30 a 70 horas, com média de 37,5 horas por semana. A maioria dos enfermeiros 69,57% pertence à religião católica e 17,39% deles afirmaram não ter religião.

**Tabela 1** - Relação entre sexo e idade dos enfermeiros - Curitiba - 2007

Idade (anos)	Sexo		Total
	Feminino	Masculino	
de 35 a 40	4	-	4
%	18,18	-	17,40
de 41 a 46	6	-	6
%	27,27	-	26,08
de 47 a 52	8	-	8
%	36,36	-	34,78
de 53 a 58	4	1	5
%	18,18	100,00	21,74
<b>Total</b>	22	1	23
<b>%</b>	100,00	100,00	100,00

Fonte: a partir da análise dos dados dos questionários realizados no período compreendido entre maio e setembro de 2007.

Verifica-se nesta tabela que a maioria dos enfermeiros pertence ao sexo feminino, o que reflete a constituição destes profissionais no país, que é uma

categoria eminentemente feminina. Segundo dados do COFEN (2005), no Brasil, as mulheres representavam 89,96% das enfermeiras e 86,54% das auxiliares/ técnicas. A grande maioria de mulheres verificada no grupo também é reproduzida na força de trabalho em saúde nas instituições.

Segundo Ribeiro (1996) há maior prevalência de HAS com a idade, pois até os 55 anos ela é mais elevada no homem, após essa idade é igual para os dois sexos. Neste caso, a maioria é constituída por mulheres, fato observado por Pierin (2001) e Fortes, Lopes (2004) em seus estudos.

A Hipertensão Arterial na mulher é mais freqüente após a instalação do climatério, pois a redução ou ausência da produção dos hormônios ovarianos, decorrentes da menopausa, acarreta diminuição da proteção cardiovascular. Com isto há conseqüente aumento do risco de desenvolvimento de doença cardiovascular e as predispõe ao risco de doença arterial coronariana, acidente vascular cerebral, insuficiência cardíaca congestiva, doença vascular periférica e aneurisma dissecante da aorta (LIMA, 2001). Fato também corroborado pelo início da menopausa definida por Santos et al. (2006) como o fim dos ciclos menstruais, cuja idade pode variar entre 45 a 55 anos, sendo a média etária aos 48 anos. Há nesta pesquisa 12 enfermeiras que se encontram na faixa etária entre 47 e 58 anos, 9 com diagnóstico de HAS e 3 com HAS e Dislipidemias.

É importante salientar que o Brasil vivencia o processo de transição demográfica com características de uma população que está envelhecendo, de acordo com o IBGE (2000) e há um aumento no tempo que os trabalhadores ficam no mercado de trabalho. Na Tabela 1 se observa o mesmo com os enfermeiros, e como a sua capacidade para o trabalho está relacionada com o desenvolvimento de atividades que envolvem a disposição física, intelectual, operacional e social, deve-se preservar sua funcionalidade e a manutenção da qualidade de vida destes profissionais, com a promoção e prevenção de agravos à sua saúde.

**Quadro 1** - Distribuição dos enfermeiros segundo tempo de atuação na Enfermagem e carga horária semanal – Curitiba - 2007

<b>Variável</b>	<b>Média</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>D.padrão</b>
Tempo de atuação em enfermagem	22,7	10	38	7,54
Carga horária semanal	37,5	30	70	13,73

Fonte: a partir da análise dos dados dos questionários realizados no período compreendido entre maio e setembro de 2007.

Em relação aos dados profissionais foram apreendidos o tempo de atuação profissional e a carga horária semanal. O tempo de atuação profissional esteve num mínimo de 10 e máximo de 38 anos, com média de 22,7 anos e desvio padrão de 7,54 anos, o que pode caracterizar um período significativo de exercício profissional. A carga horária semanal variou de 30 a 70 horas, com média de 37,5 horas por semana e desvio-padrão de 13,73 anos. Estes fatos revelam a heterogeneidade da amostra nos quesitos avaliados, pois há dificuldade em comparar magnitudes diferentes e simultâneas, mas sabe-se que as longas jornadas podem aumentar a exposição não só aos desgastes físicos, mas também os emocionais.

Para Marziale (1995) a carga horária de trabalho excessiva pode desencadear a fadiga mental nos profissionais, acarretar alterações na concentração, distúrbios do sono, desconforto físico, aumento das reações à luz e ruídos, sintomas esses mais comuns em enfermeiros do plantão noturno, seguidos dos enfermeiros do plantão da manhã e da tarde, o que pode ser relevante e contribuinte para o adoecimento crônico.

**Tabela 2** - Relação entre idade e carga horária semanal dos enfermeiros – Curitiba - 2007

Carga horária semanal	Idade (anos)				Total
	35 a 40	41 a 46	47 a 52	53 a 58	
30 horas	4	3	6	3	16
%	25,00	18,75	37,50	18,75	100,00
36 horas	-	-	1	-	1
%	-	-	100,00	-	100,00
40 horas	-	1	-	-	1
%	-	100,00	-	-	100,00
50	-	2	-	-	2
%	-	100,00	-	-	100,00
66 horas	-	-	1	-	1
%	-	-	100,00	-	100,00
70 horas	-	-	-	2	2
%	-	-	-	100,00	100,00
<b>Total</b>	4	6	8	5	23
<b>%</b>	17,39	26,09	34,78	21,74	100,00

Fonte: a partir da análise dos dados dos questionários realizados no período compreendido entre maio e setembro de 2007.

Observa-se que dos enfermeiros com idade de 53 a 58 anos, 2 (8,69%) cumprem carga horária superior a 40 horas. Nesta pesquisa foi constatado que a doença prevalente nos enfermeiros é a HAS. De acordo com um clássico estudo desenvolvido por Ribeiro e colaboradores em 1981, analisando a prevalência de HAS no município de São Paulo em 57 diferentes estabelecimentos de trabalho, esta variou de 11% entre profissionais liberais a 21% no setor de empresas jornalísticas e publicitárias. Os autores também detectaram uma tendência de níveis pressóricos mais elevados nos trabalhadores que excediam 48h de trabalho por semana quando comparados com os que trabalhavam abaixo desse limite (BRASIL, 2001), fato que concorda com os achados deste estudo.

No Brasil, segundo Sarquis (2007) muitos trabalhadores de saúde principalmente na enfermagem, estão submetidos a processos de desgaste porque necessitam mais de um vínculo empregatício, o que se sobrepõe às atividades, diminuindo períodos de descanso e lazer. Portanto, o trabalhador realiza longas jornadas de trabalho de até 18 horas consecutivas, para depois realizar o descanso.

Cecagno et al. (2002), refere que muitas vezes o trabalhador torna-se distante de seus familiares e de situações da vida diária por ter jornadas longas ou correr entre dois ou três empregos, tornando-se alienado, irritado e estressado e afastando-se do convívio social e familiar. Dessa forma direciona a maior parte de

seu tempo a atividades profissionais, deixando de lado questões subjetivas, pois passa a ver o trabalho em primeiro plano sem perceber os prejuízos que está acumulando não apenas para si como também à família.

**Tabela 3** - Estado civil dos enfermeiros – Curitiba - 2007

Estado civil	Número de enfermeiros	%
Casado	12	52,17
Solteiro	5	21,74
União consensual	2	8,70
Divorciado	2	8,70
Viúvo	1	4,35
Separado	1	4,35
<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>100,00</b>

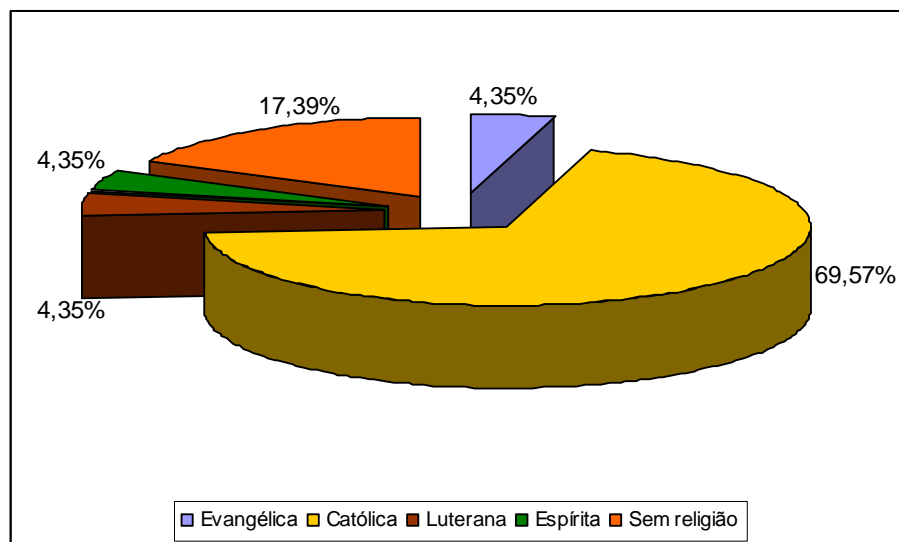
Fonte: a partir da análise dos dados dos questionários realizados no período compreendido entre maio e setembro de 2007.

Encontramos nesta tabela uma prevalência de enfermeiras casadas 14 (60,87%), dados que somados ao processo de trabalho podem contribuir para o aumento da exposição aos riscos de agravos à saúde, pois muitas vezes, estas trabalhadoras sobrepõem às jornadas laborativas, outros compromissos familiares, acarretando uma maior sobrecarga de atividades e gerando estresse.

Segundo Sarquis (2007) as mulheres estão inseridas no mercado de trabalho para contribuir com a renda familiar, muitas vezes com sobrecarga de atividade, principalmente porque realiza as atividades domésticas no período que seria de descanso, fator que contribui para o maior desgaste físico.

No que diz respeito à religião, a maioria dos pesquisados segue a católica 69,57% e 17,39% afirmaram não tê-la, conforme gráfico abaixo. No Brasil, segundo o recenseamento de 2000 (IBGE, 2000), há uma diversidade de credos e ou pluralidade de crenças, entretanto, a predominância ainda é da religião católica (73,6%), seguida pelas igrejas evangélicas (15,4%), em terceiro lugar os que relatam não possuir religião (7,4%) e em quarto lugar a espírita (1,3%), o que coincide com os dados obtidos nesta pesquisa.





**Gráfico 6** - Percentual de enfermeiros por religião – Curitiba - 2007

As autoras Pinto e Zago (2000) realizaram um estudo etnográfico descritivo, com 13 pacientes acometidos pelo aneurisma cerebral e seus familiares, com o objetivo de compreender o significado da doença e do tratamento e um dos dados emergentes foi a evidência na crença em Deus como indispensável para o enfrentamento de momentos de sofrimento e insegurança.

Estudos realizados por Rivera-Ledesma e Lena (2007) junto a pacientes com enfermidades crônicas de difícil prognóstico, como HIV, dores crônicas, cardiopatias, esclerose múltipla e pacientes terminais, destacaram a seriedade do enfrentamento religioso no contexto de cuidado. Salientaram, também, os benefícios daí advindos, e concluíram relatando a importância “de não se desdenhar da importância do espiritual” (pg. 135), o que de acordo com os resultados encontrados nesta pesquisa se aplica aos enfermeiros.

**Tabela 4** - Tempo de trabalho na instituição atual e tempo de atuação em enfermagem – Curitiba - 2007.

Tempo de formação (em anos)	Tempo de trabalho na instituição atual (em anos)				Total
	10 a 13	14 a 17	18 a 21	22 a 25	
10 a 15	3	-	-	-	3
%	100,00	-	-	-	100,00
16 a 20	2	2	3	-	7
%	28,57	28,57	42,86	-	100,00
21 a 25	-	2	3	2	7
%	-	28,57	42,86	28,57	100,00
26 a 30	-	1	1	-	2
%	-	50,00	50,00	-	100,00
> 30	1	-	2	1	4
%	25,00	-	50,00	25,00	100,00
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>9</b>	<b>3</b>	<b>23</b>

Fonte: a partir da análise dos dados dos questionários realizados no período compreendido entre maio e setembro de 2007.

De acordo com a tabela 4, os enfermeiros não apresentam alta rotatividade de local de trabalho. O tempo de trabalho na Instituição atual oscila entre 10 a 25 anos, permanecendo o enfermeiro na mesma Instituição por muitos anos e um dos motivos se deve ao fato de ser emprego público e que garante a estabilidade. O tempo de atuação profissional em enfermagem coincide com o tempo de trabalho na instituição atual para 3 enfermeiros (10 anos), estando esta atuação profissional entre o mínimo de 10 e o máximo 38 anos, com média de 22,7 anos.

**Quadro 2 - Enfermeiros e Planos de saúde – Curitiba - 2007**

<b>Planos de saúde</b>	<b>Número de enfermeiros</b>	<b>%</b>
UNIMED	10	43,48
GEAP	4	17,39
PAMS	1	4,35
ICS E SINAM	1	4,35
SUL AMÉRICA	1	4,35
CLINIHAUER	1	4,35
FUNDAÇÃO COPEL	1	4,35
ICS E GEAP	1	4,35
Ausência de plano de saúde	3	13,04

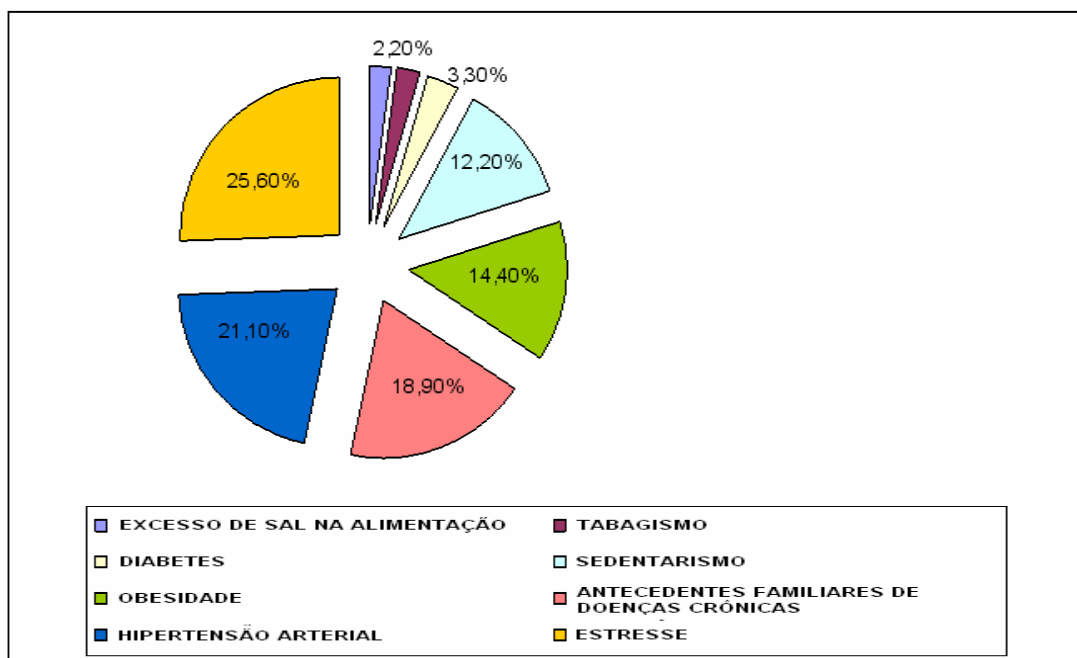
Fonte: a partir da análise dos dados dos questionários realizados no período compreendido entre maio e setembro de 2007.

Observa-se que a maioria dos enfermeiros (86,96%) possui planos de saúde, em comparação com a população geral do Paraná. Em 2005 apenas 24,10% dos paranaenses era atendida por plano de saúde (BRASIL, 2005) e, dessa forma, pressupõe-se que os enfermeiros têm possibilidades de atendimento, o que implica em disponibilidade de especialistas para diagnóstico e tratamento da doença, ocasionando um acompanhamento e prevenção de agravos. O único Plano de Saúde oferecido pela Instituição é o GEAP, com a adesão de 5 enfermeiros.

#### 4.2. RELAÇÃO DOS FATORES DE RISCO DAS DOENÇAS CRÔNICAS COM O PROCESSO DE TRABALHO DA ENFERMAGEM

A relação entre os fatores de risco das doenças crônicas e as relações com o processo de trabalho da enfermagem foi observado analisando variáveis como: respostas dos enfermeiros por fator de risco para doenças crônicas e os fatores que contribuem para o adoecimento crônico citados por eles, a lotação dos enfermeiros, tipo de atividade e doenças, a porcentagem de enfermeiros por tempo de trabalho na instituição e tempo de diagnóstico, turno de trabalho versus doenças e tempo de diagnóstico, número de vínculos dos enfermeiros e doenças.

Analisando o gráfico abaixo observamos que esta população relata quatro fatores de risco para doenças cardiovasculares em especial: estresse (25,60%), Hipertensão Arterial (21,10%), seguido dos antecedentes familiares de doenças crônicas (18,90%) e obesidade (14,40%).



**Gráfico 7** - Porcentagem de resposta dos enfermeiros por fator de risco para as doenças crônicas. Curitiba, 2007.

Em relação ao estresse, este pode ser de natureza física, psicológica ou social, de acordo com Castro e Scatena (2004) a sobrecarga deste fator de risco pode causar danos à saúde do indivíduo, agravar uma doença já existente ou facilitar o aparecimento da mesma, desde que o indivíduo tenha predisposição para o seu desenvolvimento.

De acordo com Murofuse, Abranches e Napoleão (2005, p. 259) “a enfermagem foi classificada pela Health Education Authority como a quarta profissão mais estressante, no setor público, que vem tentando profissionalmente afirmar-se para obter maior reconhecimento social”. Para estas autoras alguns elementos são conhecidos como ameaçadores ao meio ambiente ocupacional do enfermeiro, entre os quais o número reduzido de profissionais de enfermagem no atendimento em saúde, em relação ao excesso de atividades que executam, as dificuldades em delimitar os diferentes papéis entre enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e a falta de reconhecimento nítido entre o público em geral de quem é o enfermeiro.

Foi realizado um estudo por Beck et al. (2006), com 46 trabalhadores de enfermagem (enfermeiros e auxiliares) em dois hospitais, um público e um

filantrópico, que atuam nas unidades críticas de pronto-atendimento, unidade de terapia intensiva, unidade e ambulatório de hematologia e centro cirúrgico. Elas constataram que as enfermidades provocadas ou desencadeadas pelo estresse proveniente do estado de alerta permanente, da sobrecarga emocional, bem como dos eventos situacionais esperados ou não, e que podem ser denominados cargas psicossociais foram: a Hipertensão Arterial Sistêmica, a angina estável, a gastrite e os estados depressivos. Assim, a exposição a estes fatores de risco para doenças crônicas pelos enfermeiros piora seu quadro de saúde e potencializa o desenvolvimento de agravos.

Os fatores genéticos ou familiares foram apontados por 18,90 % dos sujeitos, e segundo Pereira e Krieger (2005) há uma associação mais importante entre os níveis pressóricos de irmãos biológicos, comparados ao de irmãos adotivos, demonstrando, assim, evidências de que os níveis de pressão arterial são, em parte, geneticamente determinados. Para Barreto-Filho e Krieger (2003), dos fatores envolvidos na fisiopatogênese da hipertensão arterial, um terço deles pode ser atribuído a fatores genéticos, como por exemplo, o sistema regulador da pressão arterial e a sensibilidade ao sal.

O sedentarismo também é um fator de risco para a Hipertensão Arterial e outras doenças crônicas. Foi evidenciado que 12,20% dos enfermeiros o reconhecem como fator de risco, confirmando os achados da literatura, na qual se constata que a inatividade física ocupa o primeiro lugar entre os hábitos de vida prejudiciais à saúde, e que no Brasil mais de 70 % da população têm costumes de vida sedentários. Estes são sem dúvida um dos fatores mais importantes no adoecer e morrer das doenças cardiovasculares (BRASIL, 2001).

A obesidade referida que aparece em 14,40% dos enfermeiros desta pesquisa é considerada doença crônica de caráter multifatorial, bem como fator de risco para a ocorrência de várias outras enfermidades crônicas. Ela compromete seriamente a saúde e diminui a qualidade e a longevidade da vida de seus portadores. Há evidências de que, esses pacientes beneficiam-se bastante quando acontece a redução do peso, pois, para pacientes com Diabetes Mellitus não-insulino-dependente, Hipertensão Arterial ou Hiperlipidemia, uma modesta redução de peso pode melhorar o controle glicêmico, reduzir a pressão arterial e diminuir os níveis de colesterol. Cerca de 5% a 10% comprovam a melhora da função cardíaca

e se associam à importante diminuição da pressão arterial, bem como, à promoção geral da saúde no paciente (SANTOS et al., 2005).

O tabagismo que aparece no gráfico em 2,20% dos enfermeiros era considerado anteriormente como estilo de vida, mas atualmente é reconhecido como uma dependência química que expõe os indivíduos a inúmeras substâncias tóxicas, é responsável por cerca de 5 milhões de mortes (quatro milhões em homens e um milhão em mulheres) por ano em todo mundo (BRASIL, 2007).

No Brasil, a cada ano, 200 mil pessoas morrem precocemente devido às doenças causadas pelo tabagismo, número que não pára de aumentar. Este vício é diretamente responsável por 30% das mortes por câncer, 90% das mortes por câncer de pulmão, 25% das mortes por doença coronariana, 85% das mortes por doença pulmonar obstrutiva crônica e 25% das mortes por doença cérebro-vascular. Há ainda outras que também estão relacionadas ao uso do tabaco e são: Aneurisma Arterial, Trombose Vascular, Úlcera do aparelho digestivo, Infecções Respiratórias e Impotência Sexual no homem (DANT, 2006). Em Curitiba, a frequência de fumantes identificada através do Inquérito INCA/MS 23, é de 22%, equivalente a segunda maior taxa entre as capitais brasileiras estudadas (DANT/2006).

Medidas para reduzir o consumo de cigarro auxiliam também no controle do Diabetes Mellitus, visto que o tabagismo é associado ao seu mau controle (SBD, 2006). Segundo o III CBHA (BRASIL, 2001), o tabagismo colabora para o efeito adverso da terapêutica de redução dos lipídeos séricos e induz resistência ao efeito de drogas anti-hipertensivas.

O hábito de fumar além de provocar efeito no sistema cardiovascular favorece o desenvolvimento e as complicações da aterosclerose ou ateroma nas artérias coronárias e destrói a lipoproteína de alta densidade (HDL). Todos estes eventos predispoem à formação de placas de ateroma e dificulta a remoção do colesterol sangüíneo, o que explicaria a maior incidência de hipertensão arterial em pessoas fumantes do que nos não fumantes (BORENSTEIN et al., 1990). O tabagismo quando associado à hipertensão, potencializa o risco das cardiopatias isquêmicas e de outras doenças cardiovasculares (JARDIM, 2004).

**Tabela 5** - Fatores do ambiente de trabalho que contribuem para o adoecimento, relatados pelos enfermeiros – Curitiba - 2007

<b>Fatores desencadeantes do adoecimento</b>	<b>Número de Fatores</b>	<b>% de fatores</b>
Situações estressoras no trabalho	35	58,34
Recursos humanos	12	20,00
Condições inadequadas de trabalho	11	18,33
Exposição ocupacional a produtos químicos	2	3,33
<b>Total<sup>1</sup></b>	<b>60</b>	<b>100,00</b>

Fonte: a partir da análise dos dados dos questionários realizados no período compreendido entre maio e setembro de 2007.

1-alguns enfermeiros relataram mais de um fator ambiental que contribui para o adoecimento crônico

De acordo com os dados desta tabela observa-se que as situações estressoras no trabalho como: a cobrança por produção, o óbito de pacientes, os pacientes em estado grave, o fluxo intenso de pessoas, a falta de postura profissional dos pares, as cobranças indevidas, o conflito com colegas, as dificuldades de comunicação ou de relacionamento interpessoal, a desigualdade de direitos com outros profissionais da saúde, a falta de apoio para capacitação, a atividade repetitiva e o trabalho sobre pressão, citadas pelos enfermeiros, representam a sua maior queixa com 58,34%. Segundo a OMS (1999), estudos sobre estresse crônico permitem levantar a hipótese de que contribui de forma negativa, para o desenvolvimento de doenças como a Hipertensão Arterial e as complicações cardiovasculares.

A sobrecarga de situações provocadoras de estresse ou a manutenção de certas condições e situações estressoras podem acarretar efeitos prejudiciais ao corpo e à mente, que levam ao aparecimento de doenças ou ao agravamento de alguma já existente (CASTRO, SCATENA, 2004). Ainda, de acordo com estas autoras as manifestações de estresse favorecem o aparecimento de distúrbios relacionados à capacidade de compreensão, interação com o meio no qual o paciente está inserido, provoca descontroles emocionais como irritabilidade, cansaço, preocupação, tristeza, distúrbios de humor, dificuldade de memória, inquietação, ansiedade, dificuldade para relaxar, distúrbios do sono, sensação de medo e depressão.

É importante salientar que as responsabilidades envolvidas no cuidado de enfermagem, a falta de organização e de participação dos profissionais nos objetivos do sistema hospitalar, as frustrações freqüentes, a excessiva burocratização, a pulverização das responsabilidades, a massificação hospitalar e as precárias condições do sistema de saúde brasileiro geram uma situação constante de ansiedade e desgaste ao qual o enfermeiro é submetido (FONSECA, SOARES, 2006). Isto pode contribuir para o aparecimento ou agravamento das doenças crônicas pré-existentes.

A falta de recursos humanos (20%), as condições inadequadas de trabalho (18,33%) citadas pelos enfermeiros contemplam: ambiente insalubre, espaço físico inadequado, esforço físico, sobrecarga de trabalho e tarefas não inerentes à profissão, equipamentos ultrapassados ou a falta deles, os turnos de trabalho, também se destacaram como fatores que colaboram para o adoecimento dos profissionais. Isto é comprovado na literatura pelas autoras Fonseca e Soares (2006) quando afirmam que existem, ainda, ambientes de trabalho onde as condições são muito desfavoráveis, pois envolvem fatores estressores num só contexto. Citam como exemplo, quando não há clareza nas normas e rotinas que cada trabalhador deve desempenhar, resultando em mal-entendidos e, por vezes, problemas de difícil resolução entre os profissionais que compõem a equipe; os ambientes insalubres e a falta de recursos humanos e materiais suficientes, causando-lhes constrangimento e ansiedade, o que se supõe aplique-se aos enfermeiros pesquisados.



**Tabela 6** - Lotação dos enfermeiros pesquisados – Curitiba - 2007

<b>Setor/unidade</b>	<b>Número de enfermeiros</b>	<b>%</b>
Unidades abertas	10	43,5
Unidades fechadas	8	34,8
Unidades administrativas	5	21,7
<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>100,00</b>

Fonte: a partir da análise dos dados dos questionários realizados no período compreendido entre maio e setembro de 2007.

Unidades abertas são consideradas as ambulatoriais e as enfermarias como: Ortopedia, Clínica Médica Feminina, Biobanco, Ginecologia entre outras. Unidades fechadas: a UTI Neonatal e UTI Cardíaca, o Centro Obstétrico, a Hemodinâmica, o Serviço de Transplante de Medula Óssea. Unidades administrativas: a Direção de Enfermagem, a Junta Médica Pericial, o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar e a Coordenação dos Exames Complementares, por exemplo.

Verifica-se que a maioria dos enfermeiros (43,5%) trabalha em unidades abertas, e a literatura mostra a comparação do nível de estresse no desempenho das atividades do enfermeiro de Instituição Hospitalar em unidades consideradas abertas e fechadas. Num estudo realizado por Bianchi (2000), constatou-se que os enfermeiros atuantes em unidades abertas obtiveram maior nível de estresse do que aqueles que trabalham em unidades fechadas. A atuação relacionada à administração de pessoal foi considerada estressante para a totalidade de enfermeiros, demonstrando que o estresse está presente na atuação do enfermeiro em instituições hospitalares. Para a autora, a enfermagem é uma profissão estressante e que deve ser reconhecida como tal.

**Tabela 7** - Relação entre tipo de atividade dos enfermeiros e doenças - Curitiba - 2007

Tipo de Atividade	Doenças					Total
	Hipertensão arterial	Hipertensão Arterial e Diabetes	Hipertensão Arterial e Dislipidemia	Dislipidemia	Diabetes	
	3	-	1	-	-	4
Administrativa						
%	75,00	-	25,00	-	-	100,00
	6	1	1	1	-	9
Assistencial						
%	66,67	11,11	11,11	11,11	-	100,00
	6	-	2	-	2	10
Assistencial e administrativa						
%	60,00	-	20,00	-	20,00	100,00
<b>TOTAL</b>	15	1	4	1	2	23

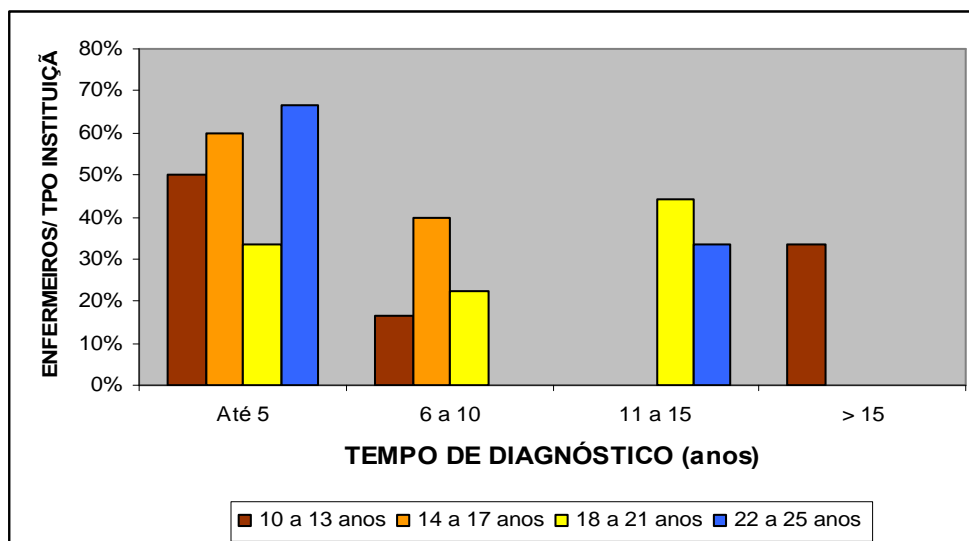
Fonte: a partir da análise dos dados dos questionários realizados no período compreendido entre maio e setembro de 2007.

Pelos resultados acima, verifica-se que o enfermeiro com atividades assistenciais conjugadas ou não às administrativas, apresenta maior número de doenças que os que atuam em atividades administrativas. Pode-se verificar que 19 enfermeiros (78,3%) com doenças crônicas atuam na área assistencial, sendo necessário discutir as condições de trabalho destes.

De acordo com Fonseca e Soares (2006) no trabalho hospitalar o enfermeiro exerce atividades que requerem atenção constante, pois caso haja qualquer intercorrência em ambos os contextos, assistencial ou administrativo, esta deve ser solucionada imediatamente. Isso faz com que ele esteja em constante estado de alerta para desempenhar atividades altamente estressantes, por serem exercidas diante de situações críticas pelas quais passam os seres humanos, fato este enfatizado por Sarquis (2007) ao afirmar que as atividades assistenciais de enfermagem são estressantes e comprometem a saúde do trabalhador de enfermagem.

A maioria dos enfermeiros 14 (60,8%) possui entre 11 a 20 anos de trabalho na instituição atual, e é importante notar que a Hipertensão Arterial que tem como

uma de suas características o caráter crônico foi desenvolvida e diagnosticada no período de exercício das atividades de enfermagem.

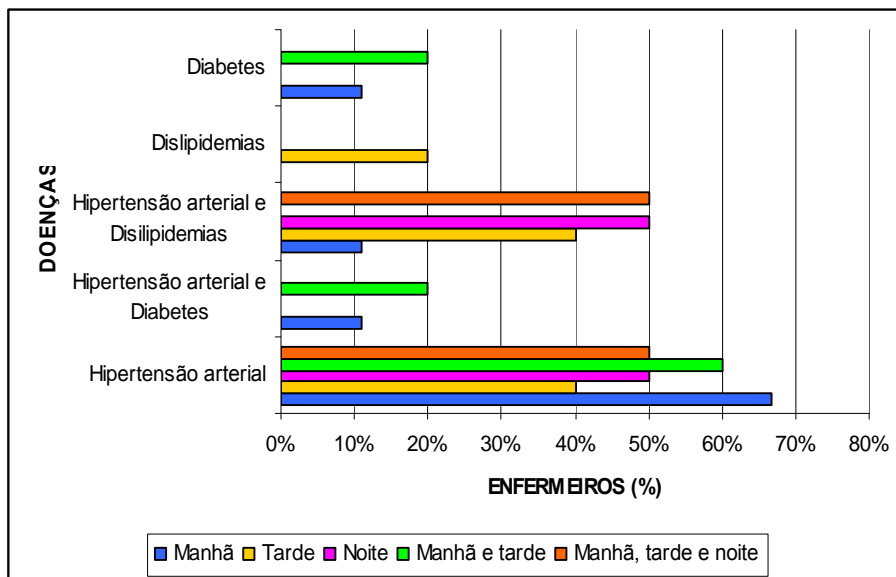


**Gráfico 8** - Porcentagem de enfermeiros por tempo de trabalho na instituição e tempo de diagnóstico - Curitiba - 2007

A Hipertensão Arterial (HA) foi a doença de maior prevalência entre os enfermeiros (15) confirmando os achados na literatura, seguida de HA associada a Dislipidemias com 4 enfermeiros. A HA acomete, aproximadamente 22% da população adulta brasileira e corresponde a 15,2% das intervenções realizada no SUS, constituindo o fator de risco mais comum para doenças cardiovasculares, as quais representam a primeira causa de mortalidade no Brasil (BRASIL, 2002).

De acordo com Santos e Lima (2005) no Brasil, em torno de 15 a 30 milhões de pessoas são hipertensas, ou seja, 10 a 20% da população, porém nas crianças e nos adolescentes tem se observado um percentual de 7%, em idosos 65%, e em mulheres com idade acima de 75 anos pode atingir até 80%.

Observou-se que as doenças acometem os enfermeiros de maneira equilibrada em todos os turnos de trabalho, tendo uma predominância da HA no turno da manhã (60,0%), mas não há de acordo com o gráfico abaixo diferenças significativas entre turnos de trabalho e doenças que acometem os profissionais.



**Gráfico 9** - Distribuição percentual de enfermeiros por turno de trabalho e doenças - Curitiba - 2007

Segundo estudo de Marziale e Rozestraten (1995), a diversidade das atividades desenvolvidas, as interrupções freqüentes do trabalho, os imprevistos e o suportar sofrimento e morte são aspectos agravantes no trabalho de enfermagem que acarretam desgaste mental. As autoras desenvolveram estudo com enfermeiras atuantes em instituição hospitalar com esquema de trabalho em turnos alternantes.

Os resultados sugerem que esta alternância é prejudicial à saúde e à vida sócio-familiar e profissional dos enfermeiros. Estes também revelaram insatisfação pelo esquema de trabalho e apresentaram sintomas e sinais de fadiga mental. A incidência dos sintomas foi maior no turno da noite que no da manhã, a qual foi maior que a do turno da tarde quando comparados os valores obtidos no início e final deles, evidenciando-se com maior freqüência os sintomas de embotamento e distúrbios do sono. Como não houve referência ao agravamento de doenças crônicas, deduz-se pelo exposto que o trabalho em turnos alternados pode também influenciar estas doenças.

Para a autora Salles (2004) outro aspecto a ser observado é de que a natureza do trabalho em turnos exige um trabalho contínuo, o que afeta a possibilidade de pausas para descanso e alimentação, o que contribui para a adoção de comportamentos considerados do ponto de vista nutricional pouco

saudável, em que se destacam suprimir refeições, beliscar, comer rapidamente mastigando pouco o alimento, comer em quantidade exagerada quando se está diante do alimento, ou, na ausência dele, se expor a jejuns prolongados.

De acordo com o Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde - Doenças relacionadas ao trabalho (BRASIL, 2001), trabalhadores em turnos e trabalhadores noturnos estão sujeitos a sofrerem maiores riscos de doenças cardiovasculares, gastrintestinais e transtornos mentais. Portanto, os transtornos do ciclo vigília-sono podem ser acompanhados de outros efeitos à saúde, motivo pelo qual é necessário observar, se tais efeitos impossibilitam o trabalhador de continuar em sua vida ativa de trabalho ou ser transferido para o trabalho diurno.

Este Manual sugere que as medidas de promoção, proteção da saúde e prevenção das doenças do sistema circulatório relacionadas ao trabalho estão baseadas, além da mudança para um estilo de vida mais saudável, nas seguintes medidas: adoção de práticas de uso seguro de substâncias químicas e de outros agentes agressores presentes no ambiente de trabalho e no controle dos fatores relacionados à organização e gestão do trabalho, geradores de estresse e de sobrecarga psicofisiológica, o que deveria ser aplicado pelas instituições e chefias dos enfermeiros portadores de doenças crônicas.

**Tabela 8** - Relação entre turno de trabalho e tempo de diagnóstico - Curitiba - 2007

Turno de trabalho	Tempo de diagnóstico (anos)				Total
	Até 5	De 6 a 10	De 11 a 15	> 15	
Manhã	6	2	-	1	9
%	66,67	22,22	-	11,11	100,00
Tarde	-	2	3	-	5
%	-	40,00	60,00	-	100,00
Noite	2	-	-	-	2
%	100,00	-	-	-	100,00
Manhã e tarde		1	1	-	5
%	60,00	20,00	20,00	-	100,00
Manhã, tarde e noite	-	-	1	1	2
%	-	-	50,00	50,00	100,00
<b>Total</b>	11	5	5	2	23

Fonte: a partir da análise dos dados dos questionários realizados no período compreendido entre maio e setembro de 2007.

Verifica-se na tabela acima que a maioria dos enfermeiros (66,67%) que desenvolveram HA num período de até 5 anos, trabalham no turno da manhã, mas não há diferenças significativas entre as outras variáveis. Regis Filho e Lopes (1997), num estudo da síndrome da má-adaptação ao trabalho em turnos, observaram que trabalhadores dos turnos noturno e matutino manifestaram sintomatologia característica de inadaptação ao trabalho em turnos que inclui sintomas como insônia, problemas familiares e sociais, doenças gastrintestinais e cardiovasculares, depressão, fadiga, entre outras.

Para Marziale (1995), a influência dos turnos sobre o trabalho da enfermagem é tida como negativa e reflete diretamente sobre aspectos fisiológicos, sobre os relacionamentos familiares, sociais e lazer, o que pode favorecer a fadiga e insatisfação profissional.

**Tabela 9** - Número de vínculos dos enfermeiros e doenças - Curitiba - 2007

Doenças	Quantidade de vínculos		Total
	Um	Dois	
Hipertensão arterial	11	4	15
%	73,33	26,67	100,00
Hipertensão arterial e Diabetes	-	1	1
%	-	100,00	100,00
Hipertensão arterial e Dislipidemias	3	1	4
%	75,00	25,00	100,00
Dislipidemias	1	-	1
%	100,00	-	100,00
Diabetes	1	1	2
%	50,00	50,00	100,00
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>7</b>	<b>23</b>
<b>%</b>	<b>69,57</b>	<b>30,43</b>	<b>100,00</b>

Fonte: a partir da análise dos dados dos questionários realizados no período compreendido entre maio e setembro de 2007.

O número de vínculos revelou que a maioria dos pesquisados (69,57%) possui um vínculo empregatício e 7 (30,43%) enfermeiros relataram trabalhar em duas instituições. Esta variável pode atuar como fator protetor ou desencadeador do desgaste e da ocorrência de acidentes de trabalho (SARQUIS, 2007), o mesmo pode acontecer com as doenças crônicas, pois ao assumir mais de um vínculo empregatício para obter melhores condições de vida, esta atitude reflete no aparecimento de estresse e cansaço conforme constatado por Lima Junior, Esther (2001).

Observou-se que dos 7 enfermeiros com mais de um vínculo, 2 (8,69%) ainda possuem mais de uma doença crônica o que é um agravante. Segundo a OMS (2003), quando a pessoa apresenta mais de um fator de risco ou mais de uma doença crônica, tem uma situação mais difícil que pode ser agravada porque além das doenças de interesse desta pesquisa, 11 enfermeiros (47,82%) do total de 23 (100,0%) apresentam outras patologias como Artrose, Asma, Depressão,

Hipotireoidismo, Síndrome do Pânico, Tendinite, entre outras, que podemos perceber, também são graves e algumas crônicas.

Para Elias e Navarro (2006, p. 522) “a dupla jornada de trabalho é um dos fatores que permite falar em superexploração do trabalho feminino, como mostrado em estudos sociológicos que se ajustam pela questão de gênero”, as pressões sofridas pelas trabalhadoras não se restringem ao âmbito profissional e são resultantes do esforço de conciliação entre as atividades remuneradas e as domésticas.

Os enfermeiros, 5 (21,73%), deste estudo ao apresentarem mais de uma doença crônica, Hipertensão Arterial e Diabetes e Hipertensão Arterial e Dislipidemias, se inserem no quadro de maior risco para as doenças cardiovasculares.

Quadro 3 - Correlação entre algumas variáveis da pesquisa - Curitiba - 2007

<b>Correlação entre</b>	<b>Valor “p”</b>	<b>Conclusão</b>
Tempo de trabalho na instituição atual X tempo de diagnóstico	0,343	Não existe correlação
Idade X Tempo de diagnóstico	0,369	Não existe correlação
Tempo de Enfermagem X tempo de diagnóstico	0,810	Não existe correlação
Tempo na instituição X Número de doenças	0,384	Não existe correlação
Tempo de enfermagem X Número de doenças	0,570	Não existe correlação
Número de vínculos X Número de doenças	0,312	Não existe correlação

OBS.: para a correlação ser significativa, p deve ser < 0,05

A correlação é dada por um valor numérico que mede a força ou grau de relacionamento entre variáveis. Dessa forma ao estudar-se a existência de correlação entre estes fatores acima citados na tentativa de relacionar os fatores de risco das doenças crônicas com o trabalho da enfermagem verificou-se que não há, pelo menos nesta pesquisa, resultados estatisticamente significativos.



#### 4.3. MEDIDAS DE PREVENÇÃO DE AGRAVOS À SAÚDE ADOTADA PELOS ENFERMEIROS NA PRESENÇA DA DOENÇA CRÔNICA

Neste item verificamos o conhecimento dos enfermeiros sobre sua doença e complicações, a quantidade de vínculos empregatícios e o número de atividades de lazer, a porcentagem de enfermeiros por atividade de lazer, o tempo de diagnóstico das doenças e a quantidade de atividades de lazer. Verificamos, também, as atitudes de prevenção citadas pelos enfermeiros, as formas de cuidado de saúde citadas, as mudanças ocorridas no cotidiano dos enfermeiros após a doença, o que pensam ser necessário modificar no ambiente de trabalho e as sugestões para a melhoria deste e equilíbrio da saúde destes profissionais.

**Tabela 10** - Conhecimento dos enfermeiros sobre a sua doença e suas complicações - Curitiba - 2007

Conhecimento	Enfermeiros	%
Sinais, Sintomas, Complicações e Tratamento	19	82,60
Sinais, Sintomas e Complicações	4	17,40
<b>Total<sup>1</sup></b>	<b>23</b>	<b>100,00</b>

Fonte: a partir da análise dos dados dos questionários realizados no período compreendido entre maio e setembro de 2007.

1 - alguns enfermeiros relataram mais de um tipo de conhecimento e complicação sobre a sua doença

Quando questionados sobre o que conhecem de suas doenças e os agravos a ela relacionados, suas respostas foram agrupadas nos dois temas acima pela similaridade. Os enfermeiros na maioria (82,60%) conhecem suas doenças e os agravos. Dos 23 enfermeiros, 19 conheciam os sinais e sintomas, as complicações, o tratamento medicamentoso necessários para o não agravamento de suas doenças. Os outros 4 (17,40%) enfermeiros conheciam a doença, as complicações, mas não mencionaram o tratamento, o que não significa que os desconhecem.

**Tabela 11** - Quantidade de vínculos empregatícios e número de atividades de lazer, dos enfermeiros - Curitiba - 2007.

Número de atividades de lazer	Quantidade de vínculos		Total
	Um	Dois	
Uma	1	1	2
%	50,00	50,00	100,00
Duas	4	-	4
%	100,00	-	100,00
Três	4	1	5
%	80,00	20,00	100,00
Quatro	3	3	6
%	50,00	50,00	100,00
Cinco	2	2	4
%	50,00	50,00	100,00
Seis	1	-	1
%	100,00	-	100,00
Sete	1	-	1
%	100,00	-	100,00
<b>Total</b>	16	7	23
<b>%</b>	69,56	30,44	100,00

Fonte: a partir da análise dos dados dos questionários realizados no período compreendido entre maio e setembro de 2007.

Observa-se na tabela acima que não há diferença entre número de vínculos e atividades de lazer, indicando que mesmo com mais de uma relação empregatícia, os enfermeiros se preocupam em desenvolver algum tipo de atividade de lazer, o que contribui para a manutenção da saúde. De acordo com Pereira e Bueno (1997) entende-se que o lazer tem papel fundamental enquanto meio alternativo para o relaxamento e alívio dos problemas advindos do contexto e do cotidiano do indivíduo.

**Tabela 12** – Tipos de atividade de lazer relatada pelos enfermeiros - Curitiba - 2007

Atividades de lazer	Nº	Frequência (%)
Atividades de entretenimento	36	44,44
Atividades físicas	25	30,87
Viagens	20	24,69
<b>Total<sup>1</sup></b>	81	100,00

Fonte: a partir da análise dos dados dos questionários realizados no período compreendido entre maio e setembro de 2007.

1 - alguns enfermeiros relataram mais de uma atividade de lazer

Ao serem questionados sobre quais as atividades de lazer que realizam, os enfermeiros responderam com várias e diferentes ações que foram agrupadas como entretenimento em geral, atividades físicas e viagens. As atividades de entretenimento são: televisão, cinema, leitura, teatro, trabalhos manuais, visita a amigos, familiares, encontro de casais. Atividades físicas são as caminhadas, passeios no parque, com o cachorro, no shopping, outros em geral, academia, natação e futebol. As viagens como à praia e outras.

A atividade de lazer mais freqüente dos enfermeiros desta pesquisa foram as de entretenimento (44,44%) seguidas por atividade físicas (30,87%) e viagens (24,69%). Segundo Pereira e Bueno (1997) em contraposição ao trabalho, o lazer favorece consideravelmente o nível de saúde, sobretudo mental das pessoas, canalizando as energias perdidas para os aspectos saudáveis, aliviando assim, a fadiga exaustiva e o estresse provocado pelas condições desfavoráveis do labor cotidiano.

O tempo livre, as suas formas e conteúdos são uma compensação para as coisas sérias da vida e transforma-se em meio de descanso após as tarefas obrigatórias do dia-a-dia, visando à recuperação das energias para a continuação do desempenho das atividades. Neste quesito os enfermeiros citaram mais de uma atividade de lazer, o que indica que eles as praticam.

O papel que cada enfermeiro desempenha como responsável na prevenção de agravos de suas doenças é decisivo. A saúde não é algo que vem do exterior, não é assunto dos demais, de uma instância ou instituição, do Estado ou dos médicos (BECK et al., 2006), ela é encargo de cada um.

Esta autora refere que na saúde não é retirada a obrigação do Estado em fornecer os meios adequados de manutenção e de assistência aos cidadãos, entretanto, somente o indivíduo é capaz de estabelecer os limites entre o normal e o patológico, uma vez que é ele quem sofre e reconhece suas dificuldades para enfrentar as demandas que o meio lhe impõe. Para ela, a saúde é uma coisa que se ganha, que se enfrenta e de que se depende e é alguma coisa que muda o tempo todo, não sendo um estado de estabilidade ou de ausência de movimento.

**Tabela 13** - Tempo de diagnóstico das doenças e quantidade de atividades de lazer dos enfermeiros - Curitiba - 2007

Atividades de lazer	Tempo de diagnóstico (em anos)				Total
	Até 5	De 6 a 10	De 11 a 15	> 15	
Uma	2	-	-	-	2
%	18,18	-	-	-	8,70
Duas	1	2	-	1	4
%	9,09	40,00	-	50,00	17,39
Três	4	-	1	-	5
%	36,37	-	20,00	-	21,74
Quatro	3	1	1	1	6
%	27,27	20,00	20,00	50,00	26,10
Cinco	1	1	2	-	4
%	9,09	20,00	40,00	-	17,39
Seis	-	-	1	-	1
%	-	-	20,00	-	4,34
Sete	-	1	-	-	1
%	-	20,00	-	-	4,34
<b>Total</b>	11	5	5	2	23
<b>%</b>	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fonte: a partir da análise dos dados dos questionários realizados no período compreendido de maio a setembro de 2007.

Nesta tabela a média do tempo de diagnóstico é de 8,5 anos e o desvio padrão de 7,64. Pode-se apreender que os enfermeiros que estão no início do tratamento até 5 anos (11), realizam mais atividades de lazer, porém, com a evolução do tempo de diagnóstico tendem a reduzi-las em até 50%, o que pode comprometer a qualidade de vida, bem como potencializar o processo de comorbidades. A OMS (2003) refere que a atividade física declina com a idade e isto também acarreta maiores agravos à saúde.

Em geral poder-se-á dizer que existem dados suficientes para assinalar o resultado benéfico do exercício físico tanto nos aspectos físicos, como nos psicológicos e sociais dos indivíduos, daí a importância de sua prática no decorrer dos anos e principalmente com o aumento da idade.

**Tabela 14** - Atitudes de prevenção das complicações relatadas pelos enfermeiros - Curitiba - 2007

Atitudes preventivas	Nº de atitudes	%
Adesão ao tratamento não medicamentoso	30	57,70
Adesão ao tratamento medicamentoso	15	28,85
Evitar ambientes e situações estressantes	6	11,53
Automedicação	1	1,92
<b>Total<sup>1</sup></b>	<b>52</b>	<b>100,00</b>

Fonte: a partir da análise dos dados dos questionários realizados no período compreendido entre maio e setembro de 2007.

1- alguns enfermeiros relataram mais de uma atitude prevencionista

Na questão aberta, o que faz para prevenir as complicações das doenças crônicas, os enfermeiros relataram em sua maioria (57,70%) adesão ao tratamento não medicamentoso como, por exemplo, realização de atividade física e controle alimentar, seguidas pela realização de adesão ao tratamento medicamentoso (28,85%). De acordo com a OMS (2003) até 80% dos casos de doenças coronarianas, 90% dos casos de diabetes tipo 2 e 1/3 dos casos de câncer e suas complicações podem ser evitados mediante aumento da atividade física, mudanças nos hábitos alimentares e abandono do tabagismo.

Entretanto, segundo Jardim e Jardim (2006) pacientes que não aderem às recomendações de mudança de estilo de vida e/ou não seguem as prescrições, dificilmente apresentarão níveis de pressão arterial controlados, ou melhoria das outras doenças crônicas, fato que não ocorre com os enfermeiros desta pesquisa, pois aderiram em sua maioria.

O exercício físico regular reduz a pressão arterial sistólica e diastólica em normotensos, auxilia na redução dos níveis pressóricos dos doentes, e deve ser acrescentado ao tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. Reduz também o peso corporal e contribui para a diminuição do risco de indivíduos normotensos desenvolverem hipertensão. A atividade física deve estar representada por exercícios físicos aeróbicos tais como caminhadas, ciclismo, natação e corrida, realizadas numa intensidade entre 50 a 70% do consumo máximo do oxigênio, com duração de 30 a 45 minutos, três a cinco vezes por semana (SBH, 2006).

A maioria dos enfermeiros refere controle alimentar e diminuição do uso de sal e gordura na alimentação. Ao longo das últimas décadas tem sido demonstrada a correlação direta entre consumo de sódio e hipertensão arterial. Diversos trabalhos epidemiológicos têm indicado que a redução na ingestão de sódio pode provocar diminuição nos níveis de pressão arterial ou até mesmo evitar o desenvolvimento da doença (SANTOS, LIMA, 2005).

No quesito adesão ao tratamento medicamentoso, os enfermeiros relataram que seguem as orientações médicas, usam os medicamentos recomendados e realizam exames periodicamente. Entretanto, apesar dos enfermeiros estarem conscientes do processo da doença e da prevenção de agravos como se pode verificar na tabela acima, citaram como uma das atitudes prevencionistas a redução de situações e ambientes estressantes (11,53%), relacionada ao espaço físico ou local de trabalho, que não depende só deles, mas também de fatores externos.

Num estudo sobre fatores estressogênicos entre trabalhadores de enfermagem de um Hospital Universitário, Belancieri e Bianco (2004) encontraram que estes causam sintomas psicossomáticos como cansaço, nervosismo, dor lombar, cefaléias, alteração de pressão arterial e depressão entre outros. Estas autoras observaram a necessidade de buscar estratégias para reduzi-los e promover a saúde e qualidade de vida destes trabalhadores.

Quanto ao uso de automedicação, Tomasi et al. (2007) num estudo sobre condições de trabalho e automedicação em profissionais da rede básica de saúde da zona urbana de Pelotas, Rio Grande do Sul, pesquisou 329 profissionais em 39 serviços de saúde e encontrou um aumento da automedicação entre pessoas de maior escolaridade, e os enfermeiros estudados apresentaram o segundo maior índice de automedicação (32,47%) ficando atrás apenas dos médicos (43,1%).

De acordo com estes autores, a profissão de enfermagem que tem sido alvo de estudos sobre o impacto do estresse sobre o trabalho, tem evidenciando maiores riscos de automedicação. Nesta pesquisa embora a amostra seja apenas de 23 enfermeiros, constata-se a presença desta prática em um profissional.

Quando questionados sobre quais os problemas de saúde os levam a procurar ajuda e que profissionais procuram observou-se que geralmente buscam médicos, e devido a doenças não a sintomas específicos, como por exemplo, problemas

osteomusculares (17,4%), emocionais (17,4%), respiratórios (13,0%) e metabólicos gerais (13,0%) entre outros.

**Tabela 15** - Formas de cuidados com a saúde relatada pelos enfermeiros - Curitiba - 2007

Formas de cuidado com a saúde	Nº	%
Equilíbrio social e familiar	10	25,00
Atividade religiosa	8	20,00
Atividades de lazer	7	17,50
Adequação ao trabalho	6	15,00
Cuidados com a alimentação e sintomas da doença	5	12,50
Atividades físicas	4	10,00
<b>Total<sup>1</sup></b>	<b>40</b>	<b>100,00</b>

Fonte: a partir da análise dos dados dos questionários realizados no período compreendido entre maio e setembro de 2007.

1 - alguns enfermeiros relataram mais de uma forma de cuidado com a saúde

Ao serem questionados quais as formas de cuidado à saúde com relação aos outros aspectos de sua vida após o diagnóstico de sua doença, como vida social, vida religiosa e outras, os enfermeiros responderam os itens acima descritos na tabela, com destaque para a religião o que reforça os dados apresentado no perfil destes profissionais, pois 45% declaram pertencer a uma religião. É importante salientar que quando os indivíduos possuem religião, não importa qual, se preocupam com a saúde, pois as mesmas estimulam o autocuidado físico e espiritual, o que é confirmado por Daniel (1983) ao fazer referência à espiritualidade como um elemento inato do indivíduo que contribui para o equilíbrio da saúde.

Entretanto, os outros dados contrariam o estudo de Santos e Lima (2005) em relação à adesão e mudança de hábitos, e devemos considerar que se trata de enfermeiros, profissionais da área da saúde e não população em geral. Para estas autoras na prática diária há falta de adesão ao tratamento, principalmente da Hipertensão Arterial, justificada não só com suspensão ou irregularidade no tratamento farmacológico, mas também com a adoção de estilo de vida inadequado. Constataram a não-observância das medidas higieno-dietéticas como alimentação

saudável, prática regular de exercício físico, manutenção do peso saudável, abstinência de álcool e tabaco, gerenciamento do estresse e uso adequado de bebidas que contêm cafeína.

Peres et al., (2003) reforçam esta idéia quando dizem que uma das dificuldades encontradas no atendimento aos portadores de Hipertensão Arterial é a falta de adesão ao tratamento, pois 50% dos hipertensos conhecidos não fazem nenhum tratamento e dentre aqueles que o fazem, poucos têm a pressão arterial controlada.

Na literatura (BRASIL, 2001) estudos epidemiológicos e experimentais evidenciam uma relação positiva entre a atividade física e a diminuição da mortalidade. Sugerem também um efeito positivo nos riscos de doenças cardiovasculares, na diminuição do perfil dos lipídeos plasmáticos, na manutenção da densidade óssea, na redução das dores lombares e melhores perspectivas no controle de enfermidades respiratórias crônicas.

Os efeitos positivos da atividade física atuam, ainda, na prevenção primária e secundária da aterosclerose, da doença venosa periférica, da osteoporose, assim como benefícios psicológicos em curto prazo como a diminuição da ansiedade e do estresse, e em longo prazo com a melhoria de quadros depressivos. Nesta pesquisa, 10,0% dos enfermeiros fizeram referência a esta prática para cuidar de sua saúde. Este dado conduz à reflexão de que os enfermeiros escutam o seu corpo e conseguem espaço na sua vida para refletir sobre a importância de se cuidar na presença de doença crônica.



**Tabela 16** - Mudanças ocorridas no cotidiano dos enfermeiros após a doença - Curitiba - 2007

<b>Tipos de mudanças</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Na esfera física	13	44,83
Comportamentais	6	20,69
No trabalho	3	10,34
Valorização do cuidado de si	3	10,34
Nenhum tipo	4	13,80
<b>Total<sup>1</sup></b>	<b>29</b>	<b>100,00</b>

Fonte: a partir da análise dos dados dos questionários realizados no período compreendido entre maio e setembro de 2007.

1 - alguns enfermeiros relataram mais de um tipo de mudança ocorrida em sua vida

Quando questionados genericamente sobre quais as mudanças ocorridas na sua vida após o diagnóstico de doença crônica, os enfermeiros, em sua maioria referem-se à esfera física (44,83%) como, por exemplo, ao controle do peso, e as mudanças comportamentais (20,69%) como renúncia a determinadas metas profissionais e redução de envolvimento com paciente. Para Silva et al. (2004) as doenças crônicas provocam mudanças na vida das pessoas, não só na estrutura e funcionamento do organismo, mas também nas condições e qualidade de vida, com o desenvolvimento da necessidade de novos hábitos, revisão de papéis sociais e da incorporação da doença em seu processo de viver. Fato que pode ser evidenciado neste estudo porque os enfermeiros modificaram hábitos, realizaram alterações no trabalho como evitar situações estressoras e modificaram atitudes que agravavam suas enfermidades.

Um estudo americano avaliou 5125 enfermeiras com diabetes tipo 2 entre os anos de 1980 e 1994. Concluiu que a prática de exercícios moderados a fortes durante pelo menos 4 horas por semana, reduziu a incidência de acidentes vasculares cerebrais em 40% nas mulheres que praticavam exercício físico durante 1 ou mais horas por dia, os problemas cardiovasculares eram reduzidos em 45% (HO, 2007), o que reforça a importância das práticas de atividade física.

A principal mudança foi a incorporação de atividades físicas (44,83%) no dia-a-dia dos enfermeiros, entretanto, para 4 (13,80%) nada mudou com a doença, o

que leva a ponderar sobre o tipo de comportamento frente a doenças crônicas. Beck et al. (2006) estudaram que existem dois tipos de comportamento frente ao adoecimento crônico: no primeiro grupo há a negação dos sofrimentos diante das vivências, e este é um mecanismo de defesa usado para diminuir a ansiedade e o estresse; no segundo há a banalização que se expressa no reconhecimento destas situações de doença como algo indissociável da profissão, portanto, inevitável, mas como houve apenas 4 relatos dos enfermeiros, há que se refletir se estão negando as alterações causadas pelas suas doenças.

**Tabela 17** - O que os enfermeiros entendem que deveria ser modificado no seu ambiente de trabalho – Curitiba - 2007

O que modificaria	Número	%
Adequação do perfil do profissional e do local de trabalho	13	40,63
Programas de prevenção de doenças	7	21,87
Capacitação profissional	5	15,62
Implantação de Ouvidoria para os trabalhadores	5	15,62
Outros	2	6,26
<b>Total<sup>1</sup></b>	<b>32</b>	<b>100,00</b>

Fonte: a partir da análise dos dados dos questionários realizados no período compreendido entre maio e setembro de 2007.

1- os enfermeiros citaram mais de uma modificação no ambiente de trabalho

A questão sobre o que os enfermeiros modificariam ou adaptariam no seu ambiente de trabalho para contribuir com a melhoria de sua saúde, recebeu respostas que foram agrupadas por similaridade nas categorias da Tabela acima.

As modificações propostas para o ambiente de trabalho têm relação com o espaço físico e a adequação do profissional ao local de trabalho (40,63%). Consideram também as atividades educativas (15,62%) como um caminho para a melhoria das condições de trabalho. A instituição deve investir no aprimoramento e reciclagem do enfermeiro, assim como promover as condições básicas para a atuação adequada desse profissional. Atualmente, de acordo com Rosa e Carlotto (2005), verifica-se uma tendência das organizações hospitalares no investimento da estrutura física, mais especificamente estética de suas instalações, com o objetivo de suscitar avaliação positiva no usuário. Esta questão está relacionada ao mercado

consumidor, porém, os profissionais que trabalham na instituição precisam, acima de tudo, de melhores condições e organização de trabalho, com suporte de suas chefias, benefícios e políticas organizacionais que contemplem sua qualidade de vida. Verifica-se que há citação de implementação de programas de prevenção (21,87%) desenvolvidos na Instituição, demonstrando a importância destes.

**Tabela 18** - Sugestões apresentadas pelos enfermeiros para a melhoria no ambiente de trabalho e equilíbrio da saúde - Curitiba - 2007

Sugestões	Nº	%
Estrutura de atenção à saúde humanizada para trabalhadores	6	33,33
Melhoria de Recursos Humanos	6	33,33
Não ser discriminado em função da sua doença	2	11,12
Qualidade de vida	2	11,12
Aplicação do presente trabalho como medida de prevenção	1	5,55
Melhoria do ambiente de trabalho	1	5,55
<b>Total<sup>1</sup></b>	<b>18</b>	<b>100,00</b>

Fonte: a partir da análise dos dados dos questionários realizados no período compreendido entre maio e setembro de 2007.

1- alguns enfermeiros não relataram sugestões para a melhoria no ambiente e equilíbrio da saúde.

Na resposta a questão aberta se gostaria de acrescentar ou comentar alguma coisa além do argüido, verifica-se que as questões individuais no ambiente são mais importantes para os enfermeiros (33,33%), como por exemplo, o atendimento a problemas de saúde geral durante a prática de sua atividade profissional no hospital. Estes foram relatados como elementos dificultadores no ambiente de trabalho e referem à necessidade de um atendimento humano, digno e de respeito a sua condição de saúde, quando doentes.

Concordamos com Gasperi e Radünz (2006) quando dizem que os problemas que afligem os enfermeiros são os mesmos desde a época do trabalho de Beland e Passos em 1978, ou seja, há mais de 25 anos sofremos com a falta de pessoal, material, a grande responsabilidade sobre o paciente, o contato quase diário com o sofrimento, a dor e a morte. Essas questões, ainda presentes no nosso dia-a-dia,

interferem na qualidade do cuidado que a Enfermagem presta aos pacientes, uma vez que afeta sua saúde.

Segundo Marziale e Rozestraten (1995), no Brasil, de maneira geral, a relação saúde-trabalho é muito conflituosa, pois as condições de vida e trabalho não são satisfatórias em alguns ambientes. Essa situação pode ser detectada, dentre as várias determinações da referida relação nesta pesquisa, através do desgaste profissional do profissional enfermeiro e de implicações no adoecimento crônico.

Murofuse, Abranches e Napoleão (2005) afirmam que o exercício da profissão de enfermagem necessita de saúde física e mental e raramente os enfermeiros recebem a proteção social adequada para o seu desempenho, apesar de exercerem atividades estafantes, muitas vezes em locais inadequados sem assistência e atenção necessárias para evitar os acidentes e as doenças decorrentes ou não de suas atividades.

Os enfermeiros fizeram poucas sugestões relacionadas aos recursos materiais e esta ausência aponta que a qualidade de vida no ambiente de trabalho é mais significativa que qualquer ausência ou redução de recursos materiais. Segundo GASPAR (1997), os serviços de saúde, em particular, os hospitais, proporcionam aos seus trabalhadores condições de trabalho notadamente piores em relação aos demais serviços de saúde.

## 5. CONCLUSÕES

Os enfermeiros formam um grupo populacional que cumpre um dos mais importantes papéis sociais e humanitários, e numericamente, também ocupam posição expressiva (BRASIL, 2006). Entretanto, de acordo com Lima Junior e Esther (2001), a elevada tensão emocional advinda do cuidado direto de pessoas enfermas, associada às longas jornadas, à baixa remuneração da maioria dos profissionais, ao freqüente emprego duplo, ao desenvolvimento de tarefas desagradáveis, gera danos à saúde, propiciadores de acidentes, de encurtamento de vida e até mesmo de morte prematura dos trabalhadores de enfermagem.

Nesta pesquisa quanto às características dos sujeitos verificou-se a predominância do sexo feminino que é atributo da profissão, com média da idade elevada (47,3 anos) associada ao tempo de trabalho entre 10 a 25 anos encontrados na mesma instituição.

O conhecimento dos enfermeiros sobre sua doença e complicações evidenciou-se, pois eles demonstraram na maioria (82,60%) que conhecem suas doenças e os agravos. O tempo de diagnóstico destas doenças é em média de 8,5 anos verificando-se que enfermeiros que estão no início do tratamento, realizam mais atividades de lazer, porém com a evolução do tempo de diagnóstico tendem a reduzir em até 50% estas atividades.

A quantidade de vínculos empregatícios não influencia o número de atividades de lazer, sendo este mais de entretenimento (44,44%), seguido por atividades físicas (30,87%) e viagens (24,69%).

Como atividades de prevenção 57,70% dos enfermeiros relataram adesão ao tratamento não medicamentoso, seguido pela realização de adesão ao tratamento medicamentoso (28,85%). A totalidade realiza pelo menos um tipo de tratamento, sendo que a maioria deles segue as orientações obtidas dos seus médicos como a utilização dos medicamentos recomendados, a dieta balanceada e a prática de exercícios físicos, contrariando literatura sobre o assunto que refere a não adesão a tratamentos, principalmente no caso da Hipertensão Arterial.

Nas formas de cuidado com a saúde, eles investem nas atividades religiosas, na família e atividades sociais, no lazer, atividades físicas, realizam mudanças no que é possível no trabalho como: diminuição de carga horária, não realização de

horário extraordinário, redução da carga de trabalho, evitar se expor ao estresse, controlar a agitação e não realizar plantão noturno.

Ao indagar sobre as modificações posteriores ao diagnóstico de doenças crônicas, a fim de entender o processo de adoecimento, percebe-se que para a maioria (86,20%) o diagnóstico da doença mudou a vida, porém para outros (13,80%) não houve mudança significativa. Referem-se à esfera física (44,82%) como, por exemplo, o controle do peso, e as mudanças comportamentais (20,69%), como renúncia a determinadas metas profissionais e a redução de envolvimento com paciente. A principal mudança foi a incorporação das atividades físicas no dia-a-dia dos enfermeiros. O próprio tratamento prolongado das doenças crônicas faz com que os enfermeiros se lembrem a toda hora que ações de autocuidado precisam ser praticadas para se manter o equilíbrio da saúde.

Em relação aos fatores de risco das doenças crônicas e as relações com o processo de trabalho de enfermagem, a maioria dos enfermeiros relatou o estresse (25,60%), a Hipertensão Arterial (21,10%), seguido dos antecedentes familiares de doenças crônicas (18,90%) e obesidade (14,40%) como os predominantes.

Esta pesquisa, com base na riqueza dos dados obtidos assim como dos conhecimentos contextualizados a partir das respostas obtidas dos sujeitos, conclui que um dos pressupostos por nós elaborados, o de que o trabalho da enfermagem concorre para o adoecimento crônico, e o seu trabalhador precisa perceber-se como alguém que enfrenta este processo, não foi possível comprovar devido a algumas limitações. Entre elas citamos como exemplo, a população estudada não retratou o número real de enfermeiros com doença crônica na Instituição, pois nem todos as relatam ao Serviço de Saúde Ocupacional ou a Junta Médica Pericial, geralmente só os que se afastam por estes motivos.

Outra limitação foi a realização da pesquisa em uma única Instituição por considerá-la representativa, entretanto, não é possível generalizar os resultados encontrados. Também a abordagem quantitativa não permitiu uma análise aprofundada das questões abertas que mereceria um estudo qualitativo. É importante ressaltar que o fato dos sujeitos desta pesquisa serem enfermeiros com o mesmo nível de escolaridade e, portanto, conhecerem as doenças crônicas estudadas, visto que todos os cursos de enfermagem as abordam, influenciou de alguma forma as respostas aos questionamentos realizados, pois a tendência deles

foi responder o que é correto, mas não necessariamente o que efetivamente praticam.

Cada um possui uma forma singular de lidar com o aparecimento da doença e o tratamento, bem como, com o impacto que eles provocam na vida das pessoas que compõem sua rede social. Fatores como vontade de viver, suporte dos entes queridos, conformismo perante o inevitável, fé em Deus, dentre outros, são utilizados como uma maneira para resistir e prosseguir em sua jornada, segundo Lima e Gualda (2001). Estas atitudes evidentemente variam de pessoa para pessoa e são influenciadas por suas crenças e valores, mas penso que são utilizados pelos enfermeiros como uma maneira para resistir e avançar na caminhada da vida.

Os agravos à saúde do trabalhador enfermeiro são verdadeiros e merecem destaque importante no trabalho hospitalar e no conjunto da saúde. Assim, recomenda-se que deve ser incorporada ao cotidiano desses profissionais, a prevenção através do Serviço de Saúde Ocupacional do Hospital, oferecendo condições de reajustes na sua condição de vida e trabalho, com adaptação em funções, setores e horários menos estressantes para melhor enfrentamento dos estímulos externos e internos. Esta atitude é fundamental para o não aparecimento ou agravamento da condição crônica de saúde, assim como a realização de estudos com outras abordagens metodológicas com enfermeiros portadores de doenças crônicas e a ampliação desta pesquisa para outras instituições.

Por fim, considera-se que esta pesquisa possa vir a subsidiar futuros estudos, se os enfermeiros tiverem consciência do seu processo de trabalho, do desgaste, do estresse, bem como o conhecimento científico para o enfrentamento dos agravos de saúde e das situações presentes no local de trabalho.

Os enfermeiros se sentem cuidados à medida que o ambiente, em termos sociais e estruturais, provê as condições e meios necessários para que possam experimentar conforto, bem-estar, realização e valorização no âmbito profissional e pessoal, bem como possibilitar a expressão de suas emoções e pontos de vista. Isto porque, o trabalho saudável deve ser adequado no que diz respeito às potencialidades e limites das condições humanas, das organizações, das adaptações quando possível, ao local de trabalho, para minimizar o aparecimento de doenças crônicas.

## REFERÊNCIAS

ADA. American Diabetes Association. **Diabetes statistics**. Acesso em 12 jan 2007. Disponível em: <http://www.diabetes.org/diabetesstatistics.jsp>.

ALVES, M. JOUCLAS, M.G. O cotidiano do trabalho dos auxiliares: uma dimensão de sofrimento. **Cogitare Enfermagem**. Curitiba, v.2, n.2, p.83-88, jul - dez, 1997.

ALVES, A.R.A. **Avaliação diagnostica dos índices de absenteísmo da equipe de Enfermagem de um Hospital de Ensino**. Fortaleza, 74p, 1995.

BASTOS, D. S.; BORENSTEIN, M.S. Identificando os déficits de autocuidado de clientes hipertensos de um Centro Municipal de saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, 13 (1), jan./mar., p. 92-99, 2004.

BARBOSA, J. C.; AGUILLAR, O. M.; BOEMER, M. R. O significado de viver com a insuficiência renal crônica. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 52, n. 2, p. 293-302, abr./jun., 1999.

BARRETO-FILHO, J. A. S; KRIEGER, J. E. Genética e hipertensão arterial: conhecimento aplicado à prática clínica. **Rev. Soc. Bras. Card.** São Paulo, v.13, n.1, p. 46-55, 2003.

BELANCIERI, M. F.; BIANCO, M. H. B. C. Estresse e repercussões psicossomáticas em trabalhadores da área de enfermagem de um Hospital Universitário. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, 13 (1), p.124-131, jan./mar., 2004.

BECK, C.L.C, DENARDIN M. de L., GONZÁLES RMB. A Banalização das Crises vivenciadas pelas enfermeiras no mundo do Hospital. **Rev. Téc-cient. Enferm.**, v. 3, n.13, p. 479-85, 2005.

BECK, C. L. C; GONZALES, R. M. B; STEKEL, L. M. C; DONADUZZI, J. C. O trabalho da enfermagem em unidades críticas e sua repercussão sobre a saúde dos trabalhadores. **Rev Esc. Anna Nery**. Rio de Janeiro,v.10, n.2, ago., 2006.

BIANCHI, E.R.F. Enfermeiro hospitalar e o stress. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 34, n.4, p. 390-4, dez. 2000.

BORENSTEIN, M. et al. **Manual de Hipertensão**. Florianópolis: Imprensa Universitária, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. **Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus**. Proposta de Educação Permanente em Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus para os Municípios com população acima de 100 mil habitantes. Brasília, agosto, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **III Consenso Brasileiro De Hipertensão Arterial**. Hipertensão Arterial: diagnóstico e Classificação. Brasília (DF), Capítulo I, 2001.



Disponível em:  
[http://www.saude.gov.br/bvs/publicacoes/III\\_consenso\\_bras\\_hip\\_arterial.pdf](http://www.saude.gov.br/bvs/publicacoes/III_consenso_bras_hip_arterial.pdf). Acesso em 15 jan. de 2006.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996**. Sobre pesquisas envolvendo seres humanos, 2002. Disponível em [http://www.mec.gov.br/comite\\_ética/resolução.htm](http://www.mec.gov.br/comite_ética/resolução.htm). Acesso em 17 de maio de 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde do Brasil. Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. **Doenças relacionadas ao trabalho**: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Organizado por Elizabeth Costa Dias; colaboradores Idelberto Muniz Almeida et al.– Brasília, 580 p, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde Departamento de Promoção e Assistência a Saúde. Coordenação de doenças crônicas degenerativas. **Manual de Diabetes**, Brasília, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Programas de Saúde. Coordenação de Doenças Cardiovasculares. **Controle de Hipertensão Arterial**: uma proposta de integração ensino-serviço. Rio de Janeiro. 232p., 1993.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. **Manual de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus**. Brasília, 2002.

\_\_\_\_\_: Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão arterial e ao Diabetes Mellitus**. Brasília, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Programas Especiais de Saúde/**Divisão Nacional de Doenças Crônico-Degenerativas**. Brasília, 2000. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/>. Acesso em julho de 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Programas Especiais de Saúde/Divisão Nacional de Doenças Crônico-Degenerativas/Programa Nacional de Educação e Controle da Hipertensão Arterial. **Normas técnicas para o Programa Nacional de Educação e Controle da Hipertensão Arterial**. Brasília. 88p., 1988.

\_\_\_\_\_. **Saúde Brasil**. Publicação do Ministério da Saúde, edição nº 116, Dez. 2005. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/>. Acesso em dezembro de 2007.

\_\_\_\_\_. **Saúde Brasil**. Publicação do Ministério da Saúde, edição nº 118, Fev. 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/>. Acesso em dezembro de 2007.

\_\_\_\_\_. **Saúde Brasil**. Publicação do Ministério da Saúde, edição nº 117, Jan. 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/>. Acesso em dezembro de 2007.

\_\_\_\_\_. IBGE. Distribuição da população segundo a religião ou raça, no Brasil. 2000. Disponível em: <http://www.sidra.ibge.gog.br/bda/tabela/listabl.asp>. Acesso em 26.10.2007.

BRATT, M. M.; BROME M.; KELPER S.; LOSTOCCO L. Influence of stress and nursing leadership on job satisfaction of pediatric intensive care unit nurses. Marquette University, Milwaukee, Wis. USA. **Am J Crip Care**; 9, v. 5, p. 307-17, 2000.

BULHÕES, I. **Riscos do trabalho de enfermagem**. Rio de Janeiro: Folha Carioca Editora Ltda, 1994.

CADE, NV. Teoria do déficit de autocuidado de orem aplicada em hipertensas. **Rev Latino-am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 9, n. 3, p. 43-50, 2001.

CARVALHO, J.J.M. Aspectos preventivos em cardiologia. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 50, n.1, p.59-67, 1988.

CARVALHO, M. B.; FELLI, V. E. A. O trabalho de enfermagem psiquiátrica e os problemas de saúde dos trabalhadores. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, vol.14, n.1, Jan./Feb. 2006.

CASTRO, A. P.; SCATENA, M. C. M. Manifestação emocional de estresse do paciente hipertenso. **Rev Lat-am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, 1, n.6, p. 859-65, 2004.

CEGAGNO, D.; GALLO, C. M. C.; CEGAGNO, S.; SIQUEIRA, H.C.H. Qualidade de vida e o trabalho sob ótica do enfermeiro. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.7, n.2, p.54-59, jul./dez., 2002.

COBRA, M. Marketing Competitivo. **Série - Estratégia de Negócios**. São Paulo: Atlas, v.1, p.192, 1993.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, COFEN. **Dados Estatísticos**; 2005. Disponível em URL: <http://www.portalcofen.com.br>. Acesso em: 10/02/2007.

CRUZ, I. C. F; LIMA, R. Detecção dos fatores de risco para a hipertensão arterial na equipe de enfermagem. **Rev de Enferm, UERJ**. Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 223-32, 1998.

DANIEL, L. F. **Atitudes interpessoais em enfermagem**. São Paulo: EPU, 1983.

DANT. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná; Centro de Informações e Diagnósticos em Saúde - CIDS - **Doenças e Agravos Não Transmissíveis no Estado do Paraná** - SESA , 1ª ed, 97 p. - Curitiba, 2006.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. São Paulo: Cortez – Oboré, 1988.

ELIAS, M. A.; NAVARRO, V. L. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.14, n. 4, 2006.

EGRY, E.Y. **Palestra: Processo de trabalho e necessidades em saúde.** Anotações da Palestra. Semana de Enfermagem – ABEN – PR, 19 de maio, 2006.

FELLI, V. E. A.; TRONCHIN, D. M. R. A qualidade de vida no trabalho e a saúde do trabalhador de enfermagem. **Gerenciamento em Enfermagem**. KURCGANT, P. (coord). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

FELLI, V.E. A, PEDUZZI, M. O trabalho gerencial em enfermagem. KURCGANT, P. coordenadora. **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, cap. 1, p. 1-13, 2005.

FERREIRA, J.M. **Saúde no Trabalho. Temas básicos para o profissional que cuida da saúde dos trabalhadores.** São Paulo: Roca; 2000.

FISCHER, F. M.; TEIXEIRA, L.R., BORGES F. N. S.; GONÇALVES, M. B. L.; FERREIRA, M. R. Percepção de sono: duração, qualidade e alerta em profissionais da área da saúde. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1261-9, 2002.

FONSECA, A. M.; SOARES, E. Desgaste emocional: depoimentos de enfermeiros que atuam no ambiente hospitalar. **RENE**, Fortaleza, v.7, n.1, p. 91-97, 2006.

FORTES, A. N; LOPES, M. V. O. Análise dos fatores que interferem no controle da pressão arterial de pessoas acompanhadas numa unidade básica de atenção à saúde da família. **Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 13, n. 1, p. 26-34, 2004.

FRANCO, G. P.; BARROS, A. L. B. L.; NOGUEIRA-MARTINS, L. A qualidade de vida e sintomas depressivos em residentes de enfermagem. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, vol 13, n. 2, mar./abril, 2005.

FREITAS, E. A. et al. A divisão de trabalho na enfermagem e a visão global da assistência. **R. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 17, n. 1, p.26-32, 1996.

GASPAR, P. J. S. Enfermagem profissão de risco e de desgaste: perspectivas do enfermeiro do serviço de urgência. **Nursing** – Ed. Portuguesa, v. 10, n. 109, p. 24, mar., 1997.

GASPERI, P.; RADUNZ, V. Cuidar de si: essencial para enfermeiros. **Rev. Mineira de Enfermagem – REME**. Belo Horizonte, vol. 10, n. 1, pg. 82-87, jan., 2006.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1991.

GODOY, R. M.; COUTRIN, S.; FREUA, P. R.; GUIMARÃES, M. S. Estresse em Enfermagem: uma análise do conhecimento produzido na Literatura Brasileira no

período de 1982 a 2001. **Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 12, n. 4, p. 486-94, 2003.

GUS, I.; HARZHEIM E.; ZASLAVASKY, C.; MEDICA, C.; GUS M. Prevalence, awareness, and control of systemic arterial hypertension in the state of Rio Grande do Sul. **Arq. Bras. Cardiol**, 83, n. 5, p. 429-3, 2004.

HO, F. Harvard School of Public Health, Boston. **Annals of Internal Medicine**. Fonte: Reuters. Adaptado por David Ferreira. MNI - Médicos na Internet. Disponível em <http://www.mni.com.br>. Acesso em 17.10.2007.

JARDIM, P. C. B. V. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: modelos de estudo. In: PIERIN, A.M.G. F. **Hipertensão arterial: uma proposta para o cuidar**. Barueri: Manole, 2004.

JARDIM. P. C. B. V.; JARDIM, T. S. V. Modelos de estudo de adesão ao tratamento anti-hipertensivo. **Rev Bras Hipertensão**, v. 13, n. 1, p. 26-29, 2006.

KLEINMAN, A. **Experience and its moral modes: culture, human conditions, and disorder**. [S.l.]: Stanford University, 1998. Mimeo.

LAURELL A.C.; NORIEGA M. **Processo de produção e saúde**. Hucitec: São Paulo, 1989.

LAUTERT, L. **O desgaste profissional do enfermeiro**. Tese de doutorado. Espanha: Universidad de Salamanca; 1995.

LEITE P. C.; SILVA A.; MERIGHI, M. A. B. A mulher trabalhadora de enfermagem e os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho. **Rev Esc Enferm USP**. São Paulo, 41, n. 2, p. 287-91, 2007.

LEOPARDI, M. T. **Processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. Programa de Pós Graduação em Enfermagem/UFSC; (Org.) Florianópolis: Ed. Papalivros, 1999.

LESSA, I. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: um desafio para a complexa tarefa da Vigilância. **Ciênc. Saúde Coletiva**, vol. 9, p.931-943, out/dez. 2004.

LESSA, I. **Não adesão ao tratamento da Hipertensão arterial** – consequências econômicas para o indivíduo e a sociedade. IN: NOBRE. F, PIREIN, AMG, MION D. J. Adesão ao tratamento – o grande desafio da Hipertensão. São Paulo: Lemos, pg. 86-106, 2001.

LIMA, S. M. R. R.; ALDRIGHI. J. M.; COLOMBO, F. C.; GEORGI, D. M. A. Hipertensão arterial e climatério. **Hipertensão**, v. 4, n. 2, p. 51-4, 2001.

LIMA, A. F. C.; GUALDA, D. M. R. História oral de vida: buscando o significado da hemodiálise para o paciente renal crônico. **Rev. Esc. Enfermagem USP**. São Paulo, 35, n. 3, p. 235-41, 2001.

LIMA JUNIOR, J. H. V.; ESTHER, A. B. Transições, prazer e dor no trabalho de enfermagem. **Rev. Adm. Emp**, 41, n. 3, p. 20-30, 2001.

MAIA, M. A. B.; OSORIO, C. Trabalho em saúde em tempos de biopoder. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, 56, n.1-2, p. 81-92, 2004.

MARTINS, L. M; FRANÇA, A. P. D; VASQUEZ, E. C; MILL, J. G. Importância dos testes de estresse no diagnóstico da hipertensão arterial. **Arq. Bras. Cardiol.**, 62(6): 439-44, 1994.

MARTINS, L. M; FRANCA, A. P. D; KIMURA, M. Qualidade de vida de pessoas com doença crônica. **Rev Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 4, 1996. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em 10.10.2007.

MANTOVANI, M. F; NASCIMENTO, J. **O processo de adoecimento crônico em adultos com problemas cardiovasculares**. UFPR, Curitiba, 28 p. Relatório técnico. 2004.

MARCONI, M. A; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisas**. São Paulo: Atlas, 1999.

MARZIALE, M.H.P. **Condições ergonômicas da situação de trabalho, do pessoal de enfermagem, em uma unidade de internação hospitalar**. 155p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 1995.

MARZIALE, M. H. P; ROZESTRATEN, R. J. A. Turnos alternantes: fadiga mental de enfermagem. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 3, n. 1, Jan.,1995.

MATTAR, F. N. **Pesquisas de Marketing**. 4. ed; São Paulo: Atlas, v.1, p.192, 1997.

MEDEIROS, G. Diabetes. **Artigo da Revista Veja**, disponível em <http://www.veja.com.br>. Acesso em 20.10.2007.

MEIRELLES, B. H. S. A enfermagem frente aos riscos do ambiente hospitalar. **Cogitare Enfermagem**. Curitiba, v.2, n.1, p. 21-24, 1997.

MENDES, R. **Patologia do trabalho**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1995.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, jul./set., 1993.

MINAYO, M.C.S. et al. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 14. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

MONIZ, J. M. A enfermagem e pessoa com doença crônica. Enfermeiro Especialista ao Adulto e Idoso em situação de doença crônica. **Artigo**, em 23.11.06. Disponível em <http://www.ordendosenfermeiros.com.br>. Acesso em 15.11.2007

MUROFUSE, N. T. **O adoecimento dos trabalhadores de enfermagem na Fundação Hospitalar do estado de Minas Gerais**: reflexão das mudanças no mundo do trabalho. Tese de Doutorado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Ribeirão Preto, 2004.

MUROFUSE, N. T.; ABRANCHES, S. S.; NAPOLEÃO, A. A. Reflexões sobre estresse e Burnout e a relação com a enfermagem. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 255-61, 2005.

NOGUEIRA-MARTINS, L.A. - **Saúde mental dos profissionais de saúde**. In: BOTEGA, N.J. (org.) *Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: Interconsulta e Emergência*. Porto Alegre: Artmed Editora, p. 130-144, 2002.

OIT/OPS/OMS. **Seguridad e higiene del trabajo em los servicios médicos y de salud**, 2000. Acesso em 07.10.2007. Disponível em: <http://www.c/interdocumentos/busquedagenerales/citotoxicosiat.htm>.

OLIVEIRA, D. R. **O idoso e o sistema de cuidados à saúde na doença renal**. Monografia de Conclusão de curso. Departamento de Enfermagem. Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, Relatório mundial. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação**. Brasília, 2003.

\_\_\_\_\_. Organização Pan-Americana de Saúde. **Estratégia Mundial sobre Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde**, Brasília, 2000.

PÁDUA, E.M.M. **Metodologia da Pesquisa**: abordagem teórico-prática. Campinas: Papirus, 2003.

PEDUZZI, M. **Laços, compromissos e contradições existentes nas relações de trabalho da enfermagem**. 53º Congresso Brasileiro de Enfermagem. Anais, Curitiba, 09 a 14/10/2001.

PEREIRA, A. C.; KRIEGER, J. E. Dos fatores de risco clássicos ao perfil de risco individualizado: quais são os caminhos? **Revista da Sociedade Brasileira de Hipertensão**, v. 8, n. 4, p. 131-137, 2005. Disponível em: <http://www.sbh.org.br>. Acesso em 05/07/2007.

PEREIRA, M. E. R.; BUENO, S. M. V. Lazer - um caminho para aliviar as tensões no ambiente de trabalho em UTI: uma concepção da equipe de enfermagem. **Rev.Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 4, p. 75-83, outubro 1997.

PERES, S. D.; MAGNA J. M.; VIANA L. A. Portador de hipertensão arterial – atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. **Rev Saúde Pública**, v. 37, n. 5, p. 635-642, 2003.

PIERIN, A. M. G. **Hipertensão Arterial: uma proposta para o cuidar**. São Paulo: Manole, 2004.

PIERIN, A. M. G.; MION J. R. D. T.; PINTO, A. R.; KAMINAGA, M. M. O perfil de um grupo de pessoas hipertensas de acordo com conhecimento e gravidade da doença. **Rev Esc Enferm USP**, v. 35, n.1, p. 11-18, 2001.

PINTO, M. H.; ZAGO, M. M. F. A compreensão do significado cultural do aneurisma cerebral e do tratamento atribuídos pelo paciente e familiares: um estudo etnográfico. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.8, n.1, 2000.

PITTA, A. **Hospital, dor e morte como ofício**. São Paulo: Hucitec, 1994.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. Trad: Ana Thorelli. 5. ed., Porto Alegre: Artmed, 2004.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 3ª ed., Porto Alegre: Artes Médicas, p. 168 – 207, 1995.

POPIM, R. C.; BOEMER, M. R. Cuidar em oncologia na perspectiva de Alfred Schütz. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n. 5, p. 677-85, set./out. 2005.

QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L. **Manual de investigação em ciências sociais**. Lisboa:Gradiva, 1992.

RADÜNZ, V. **Uma filosofia para enfermeiros: o cuidar de si, e a convivência com a finitude e a inevitabilidade do Burnout**. Tese (Doutorado em Enfermagem) - 140 p. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1999.

REGIS FILHO, G. I.; LOPES, M. C. Trabalho noturno e estresse – estudo de caso em uma indústria do setor de alimentos – uma abordagem da ergonomia. **Rev. Ciência e Saúde**, v.16, n. 1 e 2, p. 72-95, jan./dez. 1997.

RIBEIRO, A. B. Hipertensão – doença ataca mais algumas profissões. RADIS/ENSP/FIOCRUZ, **Rev. Súmula**, n. 59, 1996.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1999.

RIVERA-LEDESMA, A.; LENA, M. M. L. Ejercicio clínico y espiritualidad. **Anales de Psicología**, México, v. 23, n. 1, pgs. 125-136, junio, 2007.

ROSA, C.; CARLOTTO, M. S. Síndrome de Burnout e satisfação no trabalho em profissionais de uma instituição hospitalar. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v.8, n.2, dez. 2005.

SALLES, R. K. **Análise laboral dos técnicos de enfermagem de um Hospital que adota o programa de gestão humanizado**: sua influência no comportamento alimentar. Tese de Doutorado, Florianópolis, Santa Catarina, 263 p, 2004.

SANTOS, N. et al. **Antropotecnologia**, a Ergonomia dos sistemas de produção. Curitiba: Gênese, 1997.

SANTOS, P. R. **Estudo do Processo de Trabalho da Enfermagem em Hemodinâmica**: cargas de trabalho e fatores de risco à saúde do trabalhador. Dissertação de Mestrado. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública. Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana, agosto, 2001.

SANTOS, Z. M. S. A.; LIMA, H. P. Atitudes práticas adotadas por trabalhadores hipertensos no controle da doença. **RBPS**; 18, n. 3, p. 145-151, 2005.

SANTOS, Z. M. S. A.; SILVA, R. M.; MONTEIRO, D. A. Mulher com hipertensão e a relação com a menopausa. **Rev. RENE**, Fortaleza, v.7, n.1, abr. 2006.

SARQUIS, L. M. M. **O monitoramento do trabalhador de saúde, após exposição a fluidos biológicos**. 190 p. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

SILVA, D. M. G. V.; FRANCIONI, F. F.; MEIRELLES, B. H. S.; SOUZA, S. S. Qualidade de vida na perspectiva de pessoas com problemas respiratórios crônicos: a contribuição de um grupo de convivência. **Revista Latino-am. de Enfermagem**, Ribeirão Preto - SP, v. 13, n. 01, p. 7-14, 2005.

SILVA, D. M. G. V.; MEIRELLES, B. H. S.; SOUZA, S. S. O itinerário terapêutico de pessoas de com problemas respiratórios crônicos. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 13, n. 01, p. 50-56, 2004.

SILVA, M. A.; MARCHI, R. **Saúde e qualidade de vida no trabalho**. São Paulo: Best Seller, 1997.

SILVA, V. E. F. **O desgaste do trabalhador de enfermagem**: relação trabalho de enfermagem e saúde do trabalhador. Tese (Doutorado). - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **III Diretrizes Brasileiras sobre Dislipidemias e Diretriz de Prevenção da Aterosclerose**. Departamento de Aterosclerose. SANTOS, R. D. (Coordenador Geral) e colaboradores 2001. Arq. Brás. Cardiol., v. 77, (suplemento III), 2001.



\_\_\_\_\_. **IV Diretrizes Brasileiras sobre Dislipidemias e Diretriz de Prevenção da Aterosclerose.** Departamento de aterosclerose. Arquivos Brasileiros de Cardiologia - Volume 88, Suplemento I, Abril 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO - SBH. **IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial.** 2002. Disponível em: <<http://www.sbh.org.br/>>. Acesso em 05/06/2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. I Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes. **Tratamento e Acompanhamento do Diabetes Mellitus.** Editora Diagraphic, Rio de Janeiro, 154 pg., 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e tratamento da Síndrome Metabólica: Tratamento Medicamentoso da Dislipidemia. **Revista da Sociedade Brasileira de Hipertensão**, v. 7, n. 4, p. 143-144, 2004.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. **V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial.** S.P, SBH: 2006.

SMELTZER S. C.; BARE, B.G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica.** 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

TAVARES, A. Polimorfismos dos genes do sistema renina-angiotensina-aldosterona e as moléstias cardiovasculares. **Rev. Bras. Hipertensão**, v.7, n.3, p. 237-42, 2000.

TOMASI, E.; SANT'ANNA, G. C.; OPPELT, A. M.; PETRINI, R. M.; PEREIRA, I. V.; SASSI, B. T. Condições de trabalho e automedicação em profissionais da rede básica de saúde da zona urbana de Pelotas, RS. **Rev. Bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 10, n.1, 2007.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais:** A pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO DA PESQUISA

- a) Você, enfermeiro, está sendo convidado a participar de um estudo intitulado “Enfermeiros com Doença Crônica: as relações com o processo de trabalho, o adoecimento e a prevenção”. É através das pesquisas que ocorrem os avanços na área Saúde e da Enfermagem, e sua participação é de fundamental importância.
- b) O objetivo desta pesquisa é de identificar as medidas de prevenção de agravos à saúde na presença da doença crônica por enfermeiros, verificar a relação dos fatores de risco das doenças crônicas com o processo de trabalho de enfermagem, e avaliar a relação entre conhecimento sobre doenças crônicas e os resultados e atitudes frente à condição crônica de saúde.
- c) Caso você participe da pesquisa, será necessário apenas responder às questões do instrumento de coleta de dados.
- d) Contudo os benefícios esperados são o direcionamento das atividades a serem implementadas para a melhoria da qualidade de vida dos enfermeiros portadores de doença crônica.
- f) Os pesquisadores Maria de Fátima Mantovani \_ Enfermeira docente doutora da UFPR, e Rosária de Campos Teixeira, enfermeira do trabalho da UFPR e mestrandia da Pós-Graduação em Enfermagem da UFPR, que poderão ser contatadas no telefone 33607243/9602-1556, em Curitiba, das 08:00 às 17:00 horas são as responsáveis pela pesquisa, conforme consta no padrão Ético e Vigente no Brasil.
- g) Estão garantidas todas as informações que você queira, antes durante e depois do estudo.
- h) A sua participação neste estudo é voluntária. Você tem a liberdade de se recusar a participar do estudo ou, se aceitar participar, retirar seu consentimento a qualquer momento. Este fato não implicará na interrupção de seu atendimento, que está assegurado.
- i) As informações relacionadas ao estudo poderão ser inspecionadas pelos membros que executam a pesquisa e pelas autoridades legais, no entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a confidencialidade seja mantida.
- j) Todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não são da responsabilidade dos enfermeiros pesquisados.
- k) Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro.

Eu, \_\_\_\_\_ li o texto acima e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual fui convidado a participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios do estudo e as atividades que deverei participar. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação no estudo a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem que esta decisão afete meu atendimento. Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do enfermeiro

\_\_\_\_\_  
Rosária de Campos Teixeira

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**APÊNDICE B****INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS – QUESTIONÁRIO****QUESTIONÁRIO**

Nº

1. Nome: \_\_\_\_\_ (OPCIONAL)
2. Pseudônimo: \_\_\_\_\_ (OPCIONAL)
3. Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_
4. Estado civil: ( ) solteiro ( ) casado ( ) união consensual  
( ) divorciado ( ) viúvo ( ) outros
5. Atividade: Assistencial ( ) Administrativa ( )
6. Tempo que atua em Enfermagem: \_\_\_\_\_ anos.
7. Possui outros vínculos empregatícios? ( ) Sim ( ) Não
8. Número de vínculos \_\_\_\_\_
9. Tempo de serviço na Instituição atual: \_\_\_\_\_ anos.
10. Carga horária semanal por vínculo:
  - 1) \_\_\_\_\_
  - 2) \_\_\_\_\_
  - 3) \_\_\_\_\_
11. Local dos outros vínculos: \_\_\_\_\_
  - 1) \_\_\_\_\_
  - 2) \_\_\_\_\_
  - 3) \_\_\_\_\_
12. Setor/Unidade do trabalho atual no Hospital de Clínicas: \_\_\_\_\_
13. Turno de trabalho por vínculo:
  - 1) \_\_\_\_\_
  - 2) \_\_\_\_\_
  - 3) \_\_\_\_\_

14. Atividades de Lazer: ( ) cinema ( ) Teatro ( ) TV ( ) viagem ( ) passeio no Shopping ( ) outras: \_\_\_\_\_
15. Possui Plano de Saúde? ( ) sim ( ) não  
Qual? \_\_\_\_\_
16. Quais os problemas de saúde que te levam a procurar ajuda? \_\_\_\_\_
17. Quando você tem algum problema de saúde quem você procura? \_\_\_\_\_
18. Você teve quantas internações hospitalares: \_\_\_\_\_ Causas:  
1) \_\_\_\_\_  
2) \_\_\_\_\_  
3) \_\_\_\_\_  
4) \_\_\_\_\_
19. Possui uma destas doenças: ( ) Hipertensão arterial ( ) Diabetes ( ) Dislipidemias ( ) Outras  
Quais? \_\_\_\_\_
20. Tempo de diagnóstico médico de cada doença:  
1) \_\_\_\_\_  
2) \_\_\_\_\_  
3) \_\_\_\_\_  
4) \_\_\_\_\_
21. Quais dos fatores de risco para doenças crônicas abaixo listados você está exposto (a)?
- |   |         |         |
|---|---------|---------|
| Tabagismo                                   | ( ) Sim | ( ) Não |
| Uso de bebidas alcoólicas e outras drogas   | ( ) Sim | ( ) Não |
| Estresse                                    | ( ) Sim | ( ) Não |
| Sedentarismo                                | ( ) Sim | ( ) Não |
| Obesidade                                   | ( ) Sim | ( ) Não |
| Hipertensão                                 | ( ) Sim | ( ) Não |
| Uso excessivo de sal na alimentação         | ( ) Sim | ( ) Não |
| Antecedentes familiares de Doenças crônicas | ( ) Sim | ( ) Não |
| Diabetes                                    | ( ) Sim | ( ) Não |

## QUESTÕES

22. O que você sabe sobre sua doença(s) e as complicações?
23. O que você faz para prevenir as complicações?
24. Quais são as formas de cuidado que você tem em relação aos outros aspectos de sua vida após o diagnóstico de sua doença, como vida social, religiosa, trabalho e outras?
25. Quais as mudanças ocorridas na sua vida após o diagnóstico da doença?
26. Que fatores no seu ambiente de trabalho você atribui como contribuintes ou prejudiciais ao seu processo saúde – doença? Liste os.
- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_
- 4) \_\_\_\_\_
- 5) \_\_\_\_\_

6) \_\_\_\_\_

27. O que você modificaria ou adaptaria no seu ambiente de trabalho para contribuir com a melhoria de sua saúde?

28. Você gostaria de acrescentar ou comentar mais alguma coisa?

## **ANEXOS**



**Ministério da Educação  
Universidade Federal do Paraná  
Setor Ciências da Saúde  
Comitê de Ética e Pesquisa**

Curitiba, 26 de abril de 2007.

Ilmo (a) Sr. (a)  
Rosária de Campos Teixeira  
Nesta

Prezado(a) Pesquisadora(a),

Comunicamos que o Projeto de Pesquisa intitulado "Enfermeiros com doença crônica: as relações com o processo de trabalho, o adoecimento e a prevenção", está de acordo com as normas éticas estabelecidas pela Resolução nº 196/96 do Ministério da Saúde, foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR, em reunião realizada no dia 25 de abril de 2007.

Registro CEP/SD: 344.024.07.04  
CAAE: 0081.0.208.091-07

Conforme a Resolução 196/96, solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos.

Data para entrega do relatório final ou parcial: 25/10/2007.

Atenciosamente



Profª. Drª. Líliliana Maria Labronici  
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa  
do Setor de Ciências da Saúde